

FAMILY HEALTH INTERNATIONAL

ANALYSE SITUATIONNELLE
DES SOINS
ET PRISE EN CHARGE
DU VIH/SIDA
ET DES INFECTIONS
SEXUELLEMENT
TRANSMISSIBLES

BURKINA FASO, CAMEROUN,
COTE D'IVOIRE, TOGO

Avril 2001

Préparé pour le Projet SFPS

Par

Claudes Kamenga, M.D., M.P.H., FHI/IMPACT
Youssef Sawadogo, M.D., FHI/IMPACT
Charles Zouzoua, M.D., FHI/IMPACT
Karim Seck, M.D., Consultant FHI/IMPACT



Table des Matières

	Page
Sigles et Acronymes	3
Résumé	6
I. Introduction	18
II. Contexte	19
<i>2.1. Situation démographique, sociale et économique</i>	<i>19</i>
Burkina Faso	19
Cameroun	19
Côte d’Ivoire	20
Togo	21
<i>2.2. Système de santé</i>	<i>22</i>
Burkina Faso	22
Cameroun	22
Côte d’Ivoire	24
Togo	24
<i>2.3. Situation du VIH/SIDA et des IST</i>	<i>25</i>
Burkina Faso	25
Cameroun	27
Côte d’Ivoire	29
Togo	30
<i>2.4. Réponse gouvernementale</i>	<i>32</i>
Burkina Faso	32
Cameroun	33
Côte d’Ivoire	35
Togo	37
<i>2.5. USAID et le gouvernement américain</i>	<i>38</i>
Burkina Faso	38
Cameroun	38
Côte d’Ivoire	39
Togo	40
<i>2.6. Autres partenaires au développement</i>	<i>40</i>
Burkina Faso	40
Cameroun	42
Côte d’Ivoire	42
Togo	43
<i>2.7. Organisations non-gouvernementales</i>	<i>44</i>
Burkina Faso	44
Cameroun	45
Côte d’Ivoire	45
Togo	46

III. Analyse de la situation des soins et prise en charge du VIH/SIDA et des IST	46
<i>3.1. Conseil, dépistage et accompagnement psychologique des PVVIH</i>	46
Burkina Faso	47
Cameroun	49
Côte d’Ivoire	51
Togo	54
<i>3.2. Soins et prise en charge des PVVIH</i>	56
<i>3.2.1. Prise en charge médicale</i>	56
Burkina Faso	57
Cameroun	61
Côte d’Ivoire	65
Togo	70
<i>3.2.2. Prise en charge communautaire et à domicile</i>	74
Burkina Faso	75
Cameroun	78
Côte d’Ivoire	80
Togo	83
<i>3.2.3. Prise en charge sociale</i>	85
Burkina Faso	85
Cameroun	86
Côte d’Ivoire	86
Togo	87
<i>3.3. Prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles</i>	87
Burkina Faso	88
Cameroun	91
Côte d’Ivoire	93
Togo	97
IV. Recommandations	99
Burkina Faso	99
Cameroun	102
Côte d’Ivoire	105
Togo	109
Annexe 1 : Documents consultés	112
Annexe 2 : Personnes contactées	119

Sigles et Acronymes

AAS	Association African Solidarité
ABBEF	Association Burkinabè pour le Bien Etre Familial
ABSVS	Association Burkinabè de Soutien aux victimes du SIDA
ACS	Action Contre le Sida
AFAFSI	Association des Femmes Africaines Face au SIDA
AFASO	Association des Femmes Actives et Solidaires
AFSU	Association des Frères et Soeurs Unis
AIBEF	Association Ivoirienne poue le Bien Etre Familial
AIDSCAP	AIDS Control and Prevention Project
AJPO	Association des Jeunes pour le Promotion des Orphelins
ALAVI	Association Laafi La Viim
AMC	Aide Médicale et Charité
AMMIE	Association Appui Moral Matériel et Intellectuel à l'Enfant
ANRS	Agence Nationale de Recherche sur le Sida
APRODEC	Association de lutte contre le SIDA par la Promotion du Dépistage et du Conseil
ARV	Anti-Rétroviraux
ASPROFEM	Association pour la Promotion de la Femme
ATBEF	Association Togolaise pour le Bien-être Familial
BM	Banque Mondiale
CADI	Centre Anonyme de dépistage et d'information
CAMEG	Centrale D'achat de Médicaments Essentiels Génériques
CAMNAFAW	Cameroon National Association for Family Welfare
CAS/VIH	Coordination des Associations de soutien aux personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA
CASM	Centre d'Assistance Socio-Médicale
CAT	Centre Antituberculeux
CCD	Centre de Conseil et de Dépistage
CDV	Conseil et Dépistage Volontaire
CENAME	Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables
Centre SAS	Centre Solidarité, Action Sociale
CHN	Centre Hospitalier National
CHP	Care and Health Programme
CHR	Centre hospitalier régional
CHU	Centre hospitalier universitaire
CICDoc	Centre d'Information, de Conseil et de Documentation sur le SIDA et la Tuberculose
CIDV	Centre d'Information et de Dépistage Volontaire
CIPS	Centre d'Information et de Prévention du Sida
CMA	Centre Médical avec Antenne Chirurgicale (Burkina Faso)
CMA	Centre Médical d'Arrondissement (Cameroun)

CMS	Commission Mixte de Suivi
CNLAT	Centre National de Lutte Anti-Tuberculeuse
CNLS	Comité National de Lutte contre le SIDA
CNPS	Caisse Nationale de Prévoyance Sociale
CNR	Centre National de Référence
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
COSCI	Collectif des ONG de Lutte contre le Sida en Côte d'Ivoire
CPN	Consultation Périnatale
CSPS	Centre de Santé et de Promotion Sociale
CTA	Centre de Traitement Ambulatoire
DAHW	Deutsch Autsetsigen Hielfs Werk
DARVIR	Douala Antirétroviral
DITRAME	Projet Diminution de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
EDSB	Enquête Démographique et de Santé du Burkina
EDSC	Enquête Démographique et de Santé du Cameroun
ELISA	Enzym-Linked Immuno-Sorbent Assay
FAMME	Forces en Action pour le Mieux-être de la Mère et de l'Enfant
FHI	Family Health International
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
FONGTO	Fédération des ONG du Togo
FSTI	Fonds de Solidarité Thérapeutique International
FSU	Formation Sanitaire Urbaine
FSUCom	Formation Sanitaire Urbaine à Base Communautaire
GTC	Groupe Technique de Coordination
GTZ	Deutsch Gesellschaft fur Technische Zusammenarbeit
IEC	Information Education Communication
IMPACT	Implementing AIDS Care and Prevention Project
INH	Institut National d'Hygiène
INSD	Institut National de la Statistique et de la Démographie
INSP	Institut National de Santé Publique
IO	Infections opportunistes
IPC/BF	Initiative Privée et Communautaire de lutte contre le VIH/SIDA au Burkina Faso
IST	Infections sexuellement transmissibles
KFW	Coopération Technique Allemande
MEG	Médicaments Essentiels Génériques
MERO	Les Amis de Mengué Rose
MST	Maladies Sexuellement Transmissibles
OBC	Organisation à Base Communautaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non-Gouvernementale
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies pour le VIH/SIDA
OPALS	Organisation Panafricaine de Lutte contre le VIH/SIDA
OTP	Office Togolais des Phosphates
PARVY	Projet ARV Yaoundé
PAVIH	Personnes affectées par le VIH
PCT	Plan à Court Terme

PEC	Prise En Charge
PF	Planification Familiale
PIB	Produit intérieur brut
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PMSC	Programme de Marketing Social des Condoms
PMT	Plan à Moyen Terme
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PNLS/MST/TUB	Programme National de Lutte contre le Sida, les MST et la Tuberculose
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPLS	Projet Population et Lutte contre le SIDA
PPP	Programme de Prévention des Prostituées et de leurs Partenaires
PRESICA	Projet de Recherche sur la variabilité génétique du VIH au Cameroun
PROMACO	Projet de Marketing Social des Condoms
PSA	Projet Santé Abidjan
PSAMAC	Prévention du Sida sur les Axes Migratoires dans l’Afrique du Centre
PSAMAO	Prévention du Sida sur les Axes Migratoires dans l’Afrique de l’Ouest
PSI	Population Services International
PSP	Pharmacie de la Santé Publique
PTME	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l’Enfant
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
REVS+	Association Responsabilité Espoir Vie et Solidarité
RSB	Renaissance Santé Bouaké
SFPS	Projet Santé Familiale et Prévention du SIDA
SIDA	Syndrome ImmunoDéficientaire Acquis
SP – CNLS/IST	Secrétariat Permanent du Comité National de Lutte contre le SIDA et les IST
SWAA	Society for Women Against AIDS in Africa
TB	Tuberculose
TPHA	Treponema Pallidum Haemagglutination Assay
UE	Union Européenne
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l’Enfance
UONGTO	Union des ONG du Togo
URBLS	Union des Routiers Burkinabè de Lutte contre le SIDA
USAC	Unité de Soins Ambulatoires et de Conseil
USAID	Agence des Etats Unis pour le Développement International
VDRL	Venereal Diseases Research Laboratories
VIH	Virus de l’Immunodéficience Humaine

Résumé

Conseil, Dépistage Volontaire du VIH et Soutien psychologique

Le conseil et le dépistage volontaire du VIH (CDV) sont reconnus comme des activités importantes de prévention et de prise en charge du VIH/SIDA avec une demande relativement importante pour ce service au Burkina Faso, au Cameroun, en Côte d'Ivoire et au Togo.

Burkina Faso

Bien que de nombreuses associations offrent le CDV, l'accès à ce service reste tout de même limité aux seules villes de Ouagadougou et de Bobo Dioulasso. Les activités de conseil sont généralement menées par des membres des associations et ONG eux-mêmes formés pour la plupart par des associations (APRODEC, CICDoc) et ONG (IPC/BF). Tout comme le conseil, le dépistage du VIH se fait selon des directives nationales. Différents types de tests (essentiellement les tests rapides) sont utilisés dans différents centres offrant le dépistage du VIH. Malgré les initiatives de collaboration entre les personnels soignants et le milieu associatif (CICDoc, APRODEC), il n'existe pas un bon système de référence permettant de couvrir les besoins des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Le soutien psychologique aux PVVIH et à leur entourage est essentiellement fourni par quelques ONG et associations des personnes vivant avec le VIH/SIDA le plus souvent au sein de leurs structures.

Cameroun

L'accès à ce service reste très limité et le service n'est disponible actuellement que dans les structures sanitaires. La qualité du counseling fourni par des personnes formées dans le passé et ne pratiquant plus pour la plupart est variable. Il n'existe pas de protocole standardisé pour le dépistage du VIH. Différents types de tests (essentiellement les tests rapides) sont utilisés dans différents centres offrant le dépistage du VIH. A l'exception de la référence médicale qui est faite dans une certaine mesure (le CDV étant fait en milieu médical), il n'existe pas un bon système de référence pour les autres besoins des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Le soutien psychologique est essentiellement fourni par quelques ONG et associations des personnes vivant avec le VIH/SIDA qui interviennent au niveau des centres de santé pour soutenir les PVVIH.

Côte d'Ivoire

L'accès à ce service reste limité aux villes d'Abidjan, Bouaké, Daloa et Korhogo. La qualité du counseling pratiqué dans ces centres reste à évaluer afin de proposer des recyclages adaptés. Bien que des guides de counseling aient été élaborés, leur diffusion et la formation des conseillers restent encore limitées. Le protocole du dépistage est standardisé. Il préconise l'utilisation de tests rapides ou d'ELISA selon le plateau technique disponible pour le dépistage du VIH. En dehors de la ville de Bouaké où il existe un système de référence fonctionnel, ailleurs la référence n'est pas organisée. Le soutien psychologique est essentiellement fourni par quelques ONG et associations des personnes vivant avec le VIH/SIDA qui participent à l'initiative d'accès aux ARV.

Togo

L'accès à ce service reste très limité puisqu'il n'est disponible actuellement que dans l'unique centre de dépistage du pays (CCD) qui le fait de concert avec l'association Espoir-Vie. Il existe des protocoles standardisés pour le dépistage du VIH. Différents types de tests (essentiellement les tests rapides) sont utilisés dans différents centres offrant le dépistage du VIH. A l'exception de la référence médicale qui est faite dans une certaine mesure, il n'existe pas un bon système de référence pour les autres besoins des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Le soutien psychologique est essentiellement fourni par quelques ONG et associations des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Prise en Charge Médico-Clinique

Elle concerne le diagnostic, la prophylaxie et le traitement des infections opportunistes et, dans une certaine mesure le traitement par les antirétroviraux.

Burkina Faso

Un protocole national est utilisé pour le diagnostic du VIH. La capacité de suivi biologique des patients sous traitement antirétroviral est très limitée. La numération des CD4 et la charge virale sont peu accessibles dans le pays. Par exemple, la numération des CD4 n'est faite que dans trois laboratoires sur l'ensemble du pays alors que la charge virale n'est mesurée que dans un laboratoire. La capacité de prise en charge des infections opportunistes est limitée en terme de qualité et de couverture. A l'exception du Centre de Traitement Ambulatoire et de quelques centres de soins mis en place par des associations et ONG, la prise en charge médico-clinique du VIH/SIDA est soit inexistante soit de très faible qualité dans les autres institutions de santé. Depuis à peu près deux ans, des efforts soutenus sont menés pour améliorer l'accès des malades aux antirétroviraux. Un fonds national de solidarité pour les malades du SIDA a été mis en place en janvier 1999 et des négociations sont en cours pour une réduction des prix des ARV sous la forme générique. Par ailleurs, les prestataires ayant reçu une formation dans l'utilisation correcte des antirétroviraux sont très peu nombreux.

Cameroun

Différents protocoles sont utilisés pour le diagnostic du VIH. La capacité de suivi biologique des patients sous traitement antirétroviral est très limitée. La numération des CD4 et la charge virale sont peu accessibles dans le pays. Par exemple, la numération des CD4 n'est faite que dans deux laboratoires sur l'ensemble du pays alors que la charge virale n'est mesurée que dans un laboratoire. La capacité de prise en charge des infections opportunistes est limitée en terme de qualité et de couverture. A l'exception de 5 hôpitaux publiques ayant des personnels formés en counseling du VIH, la prise en charge médico-clinique du VIH/SIDA et la prise en charge des infections sexuellement transmissibles est soit inexistante soit de très faible qualité dans les autres institutions de santé. Depuis à peu près deux ans, des efforts soutenus sont menés pour améliorer l'accès des malades aux antirétroviraux Il existe actuellement quelques projets pilotes offrant le

traitement antirétroviral à un nombre limité de malades. Les prestataires ayant reçu une formation dans l'utilisation correcte des antirétroviraux sont très peu nombreux.

Côte d'Ivoire

La capacité de suivi biologique des patients sous traitement antirétroviral est très limitée. Elle se limite à la ville d'Abidjan. La numération des CD4 et la charge virale sont peu accessibles dans le pays. La capacité de prise en charge des infections opportunistes est limitée en terme de qualité et de couverture. La référence médicale est quasi systématique vers les structures spécialisées et les hôpitaux du jour où la prophylaxie des IO par le cotrimoxazole est pratiquée en routine selon un protocole standardisé. Les ARV sont disponibles et dans le cadre de l'initiative d'accès aux ARV, plus de 1 000 séropositifs bénéficient de la subvention de 75 à 95%. La prise en charge des infections sexuellement transmissibles est généralement de très faible qualité dans les institutions publiques de santé.

Togo

Malgré l'existence de protocoles standardisés pour le diagnostic du VIH, la capacité de suivi biologique des patients sous traitement antirétroviral est très limitée. La numération des CD4 et la charge virale sont peu accessibles dans le pays. Par exemple, la numération des CD4 et CD8 ne se fait que dans deux laboratoires sur l'ensemble du pays (le laboratoire national de référence et un laboratoire privé) alors que la mesure de la charge virale n'est pas disponible dans le pays. La capacité de prise en charge des infections opportunistes est limitée en terme de qualité et de couverture. De façon générale, la prise en charge médico-clinique du VIH/SIDA et la prise en charge des infections sexuellement transmissibles est soit inexistante soit de très faible qualité dans la plupart des institutions de santé. Depuis 1997 des efforts soutenus sont menés pour améliorer l'accès des malades aux antirétroviraux. Les prestataires ayant reçu une formation dans l'utilisation correcte des antirétroviraux sont très peu nombreux.

Soins à base Communautaire et à Domicile

Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Togo

En dehors du guide de prise en charge communautaire produit au Burkina faso, il n'existe pas, dans les quatre (4) pays, de directives nationales pour l'organisation et la provision des soins à base communautaire et à domicile. Les activités qui y sont actuellement menées sont très limitées et sont à mettre à l'actif d'initiatives individuelles d'un nombre restreint d'ONG et groupes des PVVIH. Outre les associations qui disposent de centres de soins (Burkina Faso et Côte d'Ivoire), ces groupes travaillent avec les hôpitaux qui offrent des soins médicaux aux PVVIH. Les services offerts par ces groupes se limitent au soutien psychologique, quelques soins infirmiers, l'aide alimentaire et des aides concernant les travaux domestiques.

Soutien Social

Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Togo

Avec l'accent mis sur la prise en charge médico-clinique notée dans les quatre pays, il n'est pas surprenant de voir que l'aspect du soutien social des PVVIH et leurs familles n'a pas encore bénéficié de l'attention qu'il mérite. Les activités nécessaires pour répondre aux besoins des PVVIH et celles affectées telles que l'aide alimentaire, les activités génératrices de revenus, le soutien aux orphelins et aux enfants vulnérables ne sont pas organisées. Les quelques rares activités de soutien social sont initiées et menées par un petit nombre d'ONG et les services sociaux de quelques missions religieuses.

Infections Sexuellement Transmissibles

Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Togo

Bien que les données épidémiologiques sur les IST dans chacun des quatre pays soient parcellaires ou inexistantes, nous avons pu noter sur la base des discussions avec les prestataires à différents niveaux que les IST représentent une cause importante de morbidité. Selon la majorité des prestataires rencontrés, l'hôpital ou le centre de santé n'est pas le premier point où les malades se rendent pour soigner leurs IST. L'automédication semble être très importante étant donné que les patients peuvent librement acheter les médicaments dans la rue, au marché ou dans les pharmacies privées. Ils ne vont à l'hôpital ou au centre de santé que quand les symptômes persistent.

En théorie, les prestataires sont supposés utiliser l'approche syndromique pour la prise en charge des IST mais en pratique presque tout le monde a recours au diagnostic clinique ou étiologique.

Outre la non disponibilité de certains médicaments IST, la démonstration de l'utilisation du préservatif n'est pas systématiquement faite et dans la plupart des centres de santé il n'y avait pas de préservatifs.

Au terme de l'analyse, les recommandations suivantes ont été faites :

Recommandations

Burkina Faso

A. CDV et Prise en Charge Psychologique

- Améliorer l'accès aux services de conseil et dépistage volontaire avec une attention particulière pour les populations à risque et vulnérables telles que les travailleuses de sexe, les jeunes, les femmes enceintes, les populations mobiles, les clients IST et TB, etc.

Ceci nécessitera le renforcement des centres de CDV existant, la création de nouveaux centres et la promotion du conseil et dépistage volontaire parmi les populations cibles.

- Développer les directives nationales sur l'organisation et la mise en place des services de conseil et dépistage volontaire
- Mettre à jour le guide du formateur en counseling du VIH
- Mettre à jour le manuel de counseling à l'usage des prestataires
- Organiser des formations et des recyclages en counseling bien ciblées et répondant à des besoins réels
- Elaborer des directives nationales relatives aux protocoles de dépistage du VIH.
- Développer et mettre en place un système et des outils de contrôle et d'assurance de qualité de la pratique du counseling et du dépistage.
- Développer un système de référence efficace entre les services de CDV et les autres services de soins et de prise en charge

B. Prise en Charge Médicale

- Valider, diffuser et mettre en oeuvre la politique et les normes de PEC des PVVIH
- Réviser, valider les outils de prise en charge (algorithme de PEC des IO, guide de counselling) et former le personnel
- Organiser et rationaliser la prescription et l'utilisation du traitement antirétroviral
- Développer des programmes de prise en charge médicale au sein des entreprises
- Mettre en place un système de contrôle de qualité, former et superviser les personnels de laboratoire

C. Soins Communautaires et à Domicile

- Aider à l'élaboration d'une politique nationale décrivant les conditions d'administration et le paquet minimum des soins à fournir à domicile.
- Identifier un ou des modèles de provision des soins à domicile réalistes et adaptés au contexte du Burkina Faso (ex : soins par personnel médical vs. soins par membres de la famille ou groupes communautaires).
- Contribuer à l'organisation d'un système de référence adéquat entre les services de santé, la communauté et le domicile des patients.
- Développer des matériaux de formation en soins communautaires et à domicile.
- Renforcer les capacités des ONG à la prise en charge au niveau communautaire et à domicile (soins et soutien) des personnes infectées et affectées par le VIH, à travers un soutien financier et technique approprié.
- Réaliser un répertoire des services de soins et soutien (y compris le CDV) disponibles pour les personnes infectées et affectées par le VIH au Burkina Faso.
- Elaborer un guide de prise en charge communautaire et de soins à domicile des patients (y compris les soins palliatifs). En attendant, il convient de diffuser le guide de prise en charge communautaire existant.
- Développer les kits de prise en charge à domicile.
- Promouvoir et former les membres des organisations communautaires à la prise en charge.

- Mener des activités visant la réduction de la stigmatisation et la discrimination des personnes vivant avec le VIH.

D. Prise en Charge Sociale

- Mettre en place des mécanismes d'aide sociale aux personnes vivant avec le VIH/SIDA démunies et de leurs familles (achat de médicaments pour le traitement des Infections Opportunistes, aide alimentaire, etc.)
- Soutenir financièrement et techniquement les ONG et groupes communautaires dans leurs efforts de répondre aux besoins sociaux créés par le VIH/SIDA.
- Supporter l'initiation des activités génératrices de revenu.
- Développer des programmes de soutien aux enfants vulnérables et/ou orphelins.
- Développer des systèmes appropriés et efficaces de référence entre les services d'assistance sociale et les autres services de soins et prise en charge.

E. Prise en Charge des IST

- Renforcer les activités de formation et de supervision des personnels de santé
- Renforcer les interventions en direction des groupes à risque et vulnérables tels que la population mobile le long des axes migratoires (PSAMAO)
- Promouvoir la disponibilité et l'utilisation des kits IST au niveau national
- Mener une enquête sur le circuit thérapeutique des patients IST

Cameroun

A. CDV et Prise en Charge Psychologique

- Améliorer l'accès aux services de conseil et dépistage volontaire avec une attention particulière sur les populations à risque et vulnérables telles que les travailleuses de sexe, les jeunes, les femmes enceintes, les populations mobiles, les clients IST et TB, etc. Ceci nécessitera la mise en place d'un nombre de centres CDV et la promotion du conseil et dépistage volontaire parmi les populations cibles
- Développer des directives nationales sur l'organisation et la mise en place des services de conseil et dépistage volontaire
- Mettre à jour le guide du formateur en counseling du VIH
- Mettre à jour le manuel de counseling à l'usage des prestataires
- Organiser des formations et des recyclages en counseling bien ciblées et qui répondent à des besoins réels
- Elaborer des directives nationales relatives aux protocoles de dépistage du VIH
- Développer et mettre en place un système et des outils de contrôle et d'assurance de qualité de la pratique du counseling et du dépistage
- Développer un système de référence efficace entre les services de CDV et les autres services de soins et de prise en charge.

B. Prise en Charge Médico-clinique

- Elaborer et mettre en œuvre une politique de prise en charge définissant le rôle des différents acteurs institutionnels, médico-sanitaires et communautaires et, définissant le paquet de services dévolus à ces différents acteurs en fonction de leur niveau de compétence et d'expertise
- Réviser et valider les outils de prise en charge (algorithme de PEC des IO, guide de counselling) et former le personnel
- Mettre en place un Comité national d'organisation et d'orientation du traitement antirétroviral
- Développer des programmes de prise en charge médicale au sein des entreprises
- Rationaliser les protocoles de diagnostic et de dépistage en sélectionnant les tests les plus appropriés et en mettant en place un système de contrôle de qualité
- Former et superviser les personnels de laboratoire
- Réviser le guide de prise en charge médicale du Sida et former le personnel
- Optimiser la prise en charge de la tuberculose dans le contexte du VIH

C. Soins Communautaires et à Domicile

- Aider à l'élaboration d'une politique nationale décrivant les conditions d'administration et le paquet minimum de soins à fournir à domicile.
- Identifier un ou des modèles d'offres de soins à domicile réalistes et adaptés au contexte du Cameroun (ex: soins par personnel médical vs. soins par membres de la famille ou groupes communautaires)
- Contribuer à l'organisation d'un système de référence adéquat entre les services de santé, la communauté et le domicile des patients
- Développer du matériel de formation en soins communautaires et à domicile
- Renforcer les capacités des ONG à la prise en charge au niveau communautaire et à domicile (soins et soutien) des personnes infectées et affectées par le VIH, à travers une assistance financière et technique appropriée
- Réaliser un répertoire des services de soins et soutien (y compris le CDV) disponibles pour les personnes infectées et affectées par le VIH au Cameroun
- Elaborer un guide de prise en charge communautaire et à domicile des patients
- Développer les kits de prise en charge à domicile
- Promouvoir et former les membres des organisations communautaires à la prise en charge
- Mener des activités visant la réduction de la stigmatisation et la discrimination des personnes vivant avec le VIH
- Renforcer les capacités des ONG à la prise en charge à domicile (soins et soutien) des personnes infectées et affectées par le VIH, à travers la formation de leurs membres. Concernant les ONG susceptibles d'être des partenaires potentiels pour le projet SFPS/FHI au Cameroun dans le domaine des soins et soutien, la SWAA et l'AFSU figurent en bonne position du fait des expériences qu'elles ont acquies (initiatives prises) dans ce domaine et des ressources humaines disponibles.

D. Prise en Charge Sociale

- Mettre en place des mécanismes d'aide sociale aux personnes vivant avec le VIH/SIDA démunies (achats médicaments pour IO, aide alimentaire, etc.)
- Mettre en place des programmes d'aide aux familles afin de leur permettre de prendre soins des membres de leur famille malades
- Soutenir financièrement et techniquement les ONG et groupes communautaires dans leurs efforts de répondre aux besoins sociaux créés par le VIH/SIDA
- Supporter l'initiation des activités génératrices de revenus
- Développer des programmes de soutien aux enfants vulnérables et/ou orphelins
- Développer des systèmes appropriés et efficaces de référence entre les services d'assistance sociale et les autres services de soins et prise en charge

E. Prise en Charge des IST

- Intégrer effectivement le service de lutte contre les IST au programme national de lutte contre les sida et le doter de moyens
- Réviser et valider la prise en charge syndromique des IST en l'adaptant aux différents niveaux de la pyramide sanitaire
- Former et superviser les personnels de santé
- Mettre en place un système de contrôle de qualité des laboratoires intégrant la surveillance de la résistance des gonocoques aux antibiotiques
- Mettre en place un système de collecte et de gestion de données sur les IST
- Développer des algorithmes complémentaires de deuxième niveau et former le personnel à l'utilisation correcte de ces algorithmes
- Développer des interventions en direction des groupes à risque et vulnérables tels que la population mobile le long des axes migratoires (PSAMAC)
- Améliorer l'accès aux médicaments appropriés contre les IST par la promotion de kits IST
- Mener une enquête sur le circuit thérapeutique des patients IST

Côte d'Ivoire

A. CDV et Prise en Charge Psychologique

- Améliorer l'accès aux services de conseil et dépistage volontaire avec une attention particulière pour les populations à risque et vulnérables telles que les travailleuses de sexe, les jeunes, les femmes enceintes, les populations mobiles, les clients IST et TB, etc.
- Développer les directives nationales sur l'organisation et la mise en place des services de conseil et dépistage volontaire
- Elaborer un guide du formateur en counseling du VIH
- Mettre à jour le manuel de counseling à l'usage des prestataires
- Organiser des formations et des recyclages en counseling bien ciblées et répondant à des besoins réels

- Elaborer des directives nationales relatives aux protocoles de dépistage du VIH.
- Développer et mettre en place un système et des outils de contrôle et d'assurance de qualité de la pratique du counseling et du dépistage.
- Développer un système de référence efficace entre les services de CDV et les autres services de soins et de prise en charge.
- Soutenir la mise en place d'un centre de CDV de référence pouvant servir de centre de formation et d'assistance technique aux autres centres de CDV dans le pays. A ce sujet, avec un appui financier et technique approprié, le CIPS peut jouer ce rôle.
- Soutenir l'institution d'une journée nationale sur le counseling du VIH qui servirait d'un cadre d'échanges entre tous les acteurs mais surtout entre les conseillers et permettrait de renforcer la visibilité du counseling.

B. Prise en Charge Médicale

- Diffuser et mettre en oeuvre la politique et les normes de PEC des PVVIH
- Diffuser les outils de prise en charge (algorithme de PEC des IO, guide de counselling) et former le personnel
- Développer des programmes de prise en charge médicale au sein des entreprises
- Améliorer la disponibilité et l'accessibilité des tests de diagnostic du VIH dans les formations sanitaires
- Améliorer l'accessibilité des structures sanitaires aux PVVIH
- Améliorer la qualité de la PEC des PVVIH dans les hôpitaux, ce qui permettrait de réduire leur référence systématique dans les structures spécialisées
- Contribuer à la révision et la validation des outils de prise en charge (algorithme de PEC des IO) et à la formation du personnel.

C. Soins Communautaires et à Domicile

- Aider à l'élaboration d'une politique nationale décrivant les conditions d'administration et le paquet minimum des soins à fournir à domicile
- Identifier un ou des modèles de provision de soins à domicile réalistes et adaptés au contexte de la Côte d'Ivoire (ex.: soins par personnel médical vs. soins par membres de la famille ou groupes communautaires).
- Contribuer à l'organisation d'un système de référence adéquat entre les services de santé, la communauté et le domicile des patients
- Développer du matériel de formation en soins communautaires et à domicile
- Renforcer les capacités des ONG à la prise en charge au niveau communautaire et à domicile (soins et soutien) des personnes infectées et affectées par le VIH, à travers un soutien financier et technique approprié
- Réaliser un répertoire des services de soins et soutien (y compris le CDV) disponibles pour les personnes infectées et affectées par le VIH en Côte d'Ivoire.
- Elaborer un guide de prise en charge communautaire et à domicile des patients
- Développer les kits de prise en charge à domicile
- Promouvoir et former les membres des organisations communautaires à la prise en charge communautaire et à domicile

- Mener des activités visant à la réduction de la stigmatisation et de la discrimination vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH

D. Prise en Charge Sociale

- Mettre en place des mécanismes d'aide sociale aux personnes vivant avec le VIH/SIDA démunies (achats médicaments pour IO, aide alimentaire, etc.)
- Mettre en place des programmes d'aide aux familles afin de leur permettre de prendre soin des membres de leur famille malades
- Soutenir financièrement et techniquement les ONG et les groupes communautaires dans leurs efforts de répondre aux besoins sociaux créés par le VIH/SIDA
- Supporter l'initiation des activités génératrices de revenu
- Développer des programmes de soutien aux enfants vulnérables et/ou orphelins
- Développer des systèmes appropriés et efficaces de référence entre les services d'assistance sociale et les autres services de soins et prise en charge
- Soutenir les échanges d'expériences des modèles innovateurs de prise en charge sociale entre les pays SFPS

E. Prise en Charge des IST

- Former et superviser les personnels de santé de tous les districts sanitaires
- Mettre en place un système de collecte et de gestion de données sur les IST
- Développer des interventions en direction des groupes à risque et vulnérable
- Mener une enquête sur le circuit thérapeutique des patients IST
- Initier des interventions adaptées pour le contrôle des IST dans le circuit informel de la PEC

Togo

A. Conseil, dépistage et accompagnement psychologique des PVVIH

- Aider à l'élaboration de la politique et des directives nationales relatives à la prise en charge psychosociale des PVVIH,
- Assurer la diffusion du guide de counseling (révisé) auprès des prestataires,
- Renforcer les capacités de prise en charge psychosociale des PVVIH
- Réorienter les objectifs du CCD de manière à lui confier la formation et l'encadrement des prestataires ainsi que le contrôle de la qualité du CDV
- Aider à la mise à jour des directives nationales relatives aux protocoles des tests de dépistage.
- Appuyer la formation et la supervision des conseillers des CDV dans chaque région du pays
- Instituer une journée nationale de counseling pour donner de la visibilité aux activités de CDV et permettre un partage d'expérience entre les conseillers

B. *Prise en charge médicale*

- Réviser les guides de prise en charge et former le personnel
- Améliorer le système d'approvisionnement et de distribution des tests VIH au niveau des formations sanitaires
- Mettre à jour la liste des médicaments essentiels pour un traitement optimal des IOs
- Elaboration de guides de PEC communautaires
- Former les membres OBC à la PEC communautaire
- Favoriser l'appui des OBC à travers les réseaux
- Appuyer un district pour la PEC médico-sociale et communautaire de qualité

C. *Prise en charge communautaire et à domicile*

- Aider à l'élaboration de la politique nationale sur les soins à base communautaire et à domicile.
- Identifier une approche de fourniture de soins à domicile réaliste et adaptée au contexte du Togo
- Contribuer à l'organisation d'un système de référence adéquat entre les services de santé, la communauté et le domicile des patients.
- Développer du matériel de formation en soins communautaires et à domicile.
- Renforcer les capacités des ONG à la prise en charge au niveau communautaire et à domicile des personnes infectées et affectées par le VIH, à travers un soutien financier et technique approprié.
- Réaliser un répertoire des services de soins et soutien disponibles pour les personnes infectées et affectées par le VIH au Togo et le mettre à la disposition des prestataires.
- Elaborer un guide de prise en charge communautaire et à domicile des patients.
- Développer les kits de prise en charge à domicile.
- Promouvoir et former les membres des organisations communautaires à la prise en charge.
- Mener des activités visant la réduction de la stigmatisation et la discrimination des personnes vivant avec le VIH.

D. *Prise en charge sociale*

- Mettre en place des mécanismes d'aide sociale aux personnes vivant avec le VIH/SIDA démunies
- Mettre en place des programmes d'aide aux familles afin de leur permettre de prendre soins de leurs membres de famille malades.
- Soutenir financièrement et techniquement les ONG et groupes communautaires dans leurs efforts à répondre aux besoins sociaux créés par le VIH/SIDA.
- Soutenir les initiatives concernant les activités génératrices de revenus.
- Développer des programmes de soutien aux enfants vulnérables et/ou orphelins.
- Développer des systèmes appropriés et efficaces de référence entre les services d'assistance sociale et les autres services de soins et prise en charge.

E. Prise en charge des IST

- Produire les guides de prise en charge
- former l'ensemble du personnel
- promouvoir les kits MST
- Renforcer les laboratoires en équipements et réactifs
- Former le personnel
- Développer des activités de prise en charge des IST au sein des groupes à risque en collaboration avec les organisations communautaires

I. Introduction

Comme dans la plupart des pays de l'Afrique au sud du Sahara, le nombre de personnes infectées ou affectées par le SIDA continue à croître dans les quatre pays (Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Togo) couverts par le projet Santé Familiale et Prévention du SIDA (SFPS) de l'agence américaine pour le développement international (USAID). Ces pays ont vu leur prévalence de l'infection à VIH atteindre des chiffres moyens variant entre 7 et 11%. Avec la maturation de l'épidémie, ces pays voient le nombre des personnes malades de SIDA allant augmentant avec ses différentes conséquences sur les individus, les familles, et les communautés.

En réponse à cette situation alarmante, dans le cadre du projet régional de l'USAID, Santé Familiale et Prévention du SIDA, le Projet IMPACT de Family Health International (FHI/IMPACT) a été commandité pour faire une analyse de la situation sur les activités et besoins en soins et prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA, leurs familles et communautés dans les quatre pays du projet SFPS. Les aspects suivants ont été spécifiquement explorés :

- La prise en charge médicale des PVVIH
- La prise en charge des autres infections sexuellement transmissibles
- Les activités de conseil et dépistage volontaire (CDV) du VIH
- Les soins communautaires et à domicile
- La prise en charge socioéconomique
- L'implication et la participation des communautés
- Les systèmes de référence entre les différents services pour les PVVIH et les personnes affectées par le VIH (PAVIH)

Ce travail a été fait dans le but de formuler des recommandations sur les interventions complémentaires et/ou prioritaires à entreprendre dans le cadre du projet SFPS pour soutenir l'action des gouvernements des quatre pays dans la prévention et la réduction de l'impact du VIH/SIDA.

La méthodologie de cette analyse de la situation conduite du 13 janvier au 31 mars 2001 a inclus, une revue de la littérature et des documents pertinents disponibles, des interviews avec des responsables des différents secteurs intervenant dans la lutte contre le VIH/SIDA, des prestataires de services et des clients. Des discussions de groupes avec des personnes infectées ou affectées par le VIH et des observations directes ont été organisées dans la mesure du possible.

Ce rapport présente le résultat des analyses, des observations, ainsi que les recommandations de cette mission. L'équipe tient à remercier vivement les bureaux de SFPS au Burkina Faso, au Cameroun, en Côte d'Ivoire et au Togo pour leur soutien sans lequel cette analyse n'aurait pas été possible. L'équipe remercie également tous ceux qui ont lu ce rapport et qui l'ont enrichi de leurs commentaires pertinents.

II. Contexte

2.1. Situation démographique, sociale et économique

Burkina Faso

Situé dans la boucle du Niger au cœur de l'Afrique Occidentale, le Burkina Faso est un pays enclavé couvrant une superficie de 274 200 km². Il partage ses frontières avec six pays : le Mali au Nord et à l'Ouest, le Niger à l'Est, la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Togo et le Bénin au Sud. Ouagadougou est la capitale du pays.

En 1996 le Burkina Faso comptait 10 312 609 habitants avec une densité moyenne de 38 habitants au km². Le taux de croissance annuel moyen est de l'ordre de 2,4%.

Les indicateurs démographiques de base sont :

- Taux brut de natalité : 46,1 pour 1000
- Indice synthétique de fécondité : 6,8 enfants par femme
- Taux brut de mortalité : 15,2 pour 1000
- Taux de mortalité infantile : 107 pour 1000
- Espérance de vie à la naissance : 53,8 ans

A l'instar de nombreux pays africains, la Burkina Faso est confronté à un environnement économique difficile depuis plusieurs décennies. Avec un PNB par habitant en 1997 de 310 \$US, il est classé parmi les pays les moins avancés. En 1994, 44,5% de la population vivait en dessous du seuil national absolu de pauvreté estimé à 41 099 FCFA par adulte et par an (INSD, 1996).

L'économie du Burkina repose essentiellement sur l'agriculture et l'élevage qui occupent plus des trois quarts de la population active et contribuaient pour 37,2 % au PIB du pays en 1998 (PNUD, 1998).

Cameroun

Le Cameroun est un pays d'Afrique centrale situé au fond du Golfe de Guinée, à la charnière de l'Afrique occidentale et de l'Afrique centrale. D'une superficie de 475 442 km² le Cameroun est limité au nord par le Lac Tchad, à l'est par le Tchad et la République centrafricaine, au sud par le Congo, le Gabon et la Guinée Equatoriale, au sud-ouest par l'Océan Atlantique et à l'Ouest par le Nigeria.

La population du Cameroun était estimée (en 1998) à 14 336 000 habitants dont 51% de femmes. Il s'agit d'une population jeune caractérisée par un fort taux de croissance. 54,7% de la population vit en milieu rural. Les femmes en âge de procréer représentent 23% de la population. L'espérance de vie à la naissance est de 54,5 ans chez l'homme et 59 ans chez la femme. Les principaux indicateurs démographiques sont:

- Taux annuel de croissance démographique : 2,9%
- Indice synthétique de fécondité (EDSC-II en 1998) : 5,2 enfants par femme en âge de procréer (15 à 49 ans)
- Taux brut de natalité (EDSC-I en 1992) : 39 pour 1 000
- Taux brut de mortalité (EDSC-I en 1992) : 12 pour 1 000
- Taux de mortalité maternelle (EDSC-II en 1998) : 430 pour 100 000 naissances

A l'image de la plupart des pays d'Afrique subsaharienne les principales activités économiques du Cameroun sont représentées par l'agriculture, l'élevage et l'artisanat.

La baisse constante du cours des matières premières associée à l'absence d'un tissu industriel viable expliquent en partie la situation économique difficile que traverse le pays. Selon un rapport du Fonds National de l'Emploi, le taux de chômage de la population active atteignait environ 17% en 1999. A Douala et Yaoundé, ce taux avoisinait respectivement 35% et 25%.

Le chômage et le sous-emploi favorisent ainsi l'accroissement de la pauvreté des ménages et des familles. L'état de pauvreté dans lequel vivent les populations ne cesse de s'aggraver (avec pour corollaire l'augmentation de la délinquance chez les jeunes, la prostitution de la jeune fille et la désagrégation de la cellule familiale).

Côte d'Ivoire

La Côte d'Ivoire est un pays d'Afrique de l'ouest situé entre le Burkina Faso et le Mali au nord, le Libéria et la Guinée à l'est, le Ghana à l'ouest et l'océan Atlantique au sud. Sa superficie est de 322 450 km². Cette position géographique explique d'une part, les variations climatiques et les deux principales zones de végétation (la forêt au Sud et la savane au nord) et d'autre part, la présence de divers maladies dont certaines sont endémiques et particulières à ces zones (par exemple, la méningite au nord et le pian au sud).

Les principaux indicateurs démographiques sont:

- Population (1998): 15 446 231 habitants
- Taux de croissance annuel de la population (1990-1998): 2,6
- Indice synthétique de fécondité (EDSC-II en 1998) : 5,2 enfants par femme en âge de procréer (15 à 49 ans)
- Taux de mortalité maternelle (EDSC-II en 1998) : 597 pour 100 000 naissances
- Taux annuel de croissance démographique : 3,2%
- Taux de mortalité infantile: 112 pour 1000

Selon le dernier recensement de 1998, les jeunes de 15 à 24 ans représentent 19% de la population totale. Depuis maintenant plus d'une décennie, la Côte d'Ivoire est confrontée à une crise socio-économique qui a un impact important dans divers domaines de la vie des populations. Le changement de parité du franc CFA vis-à-vis du franc français couplé à la baisse du cours des matières premières a fait de la Côte d'Ivoire dont « l'économie repose sur l'agriculture » un pays où le taux chômage est très important parmi les jeunes en quête d'un premier emploi ou qui fuient les zones rurales en quête d'un eldorado en ville (Taux de croissance moyen annuel de la population urbaine : 3,7). D'une façon générale, le pouvoir

d'achat des populations s'est significativement détérioré (PNB par habitant en 1997 : 710 US\$) avec comme conséquences des difficultés d'accès à des soins de bonne qualité à moindre frais.

Les premiers résultats d'un modèle mis au point en 2000 estiment à 0,8% la perte du PIB par habitant. Les données empiriques assemblées au cours d'une étude de 1996 ont montré qu'un décès du SIDA entraîne en moyenne une chute de 44% dans les dépenses du ménage par rapport à l'année précédente et que les ménages comptant un malade du SIDA dépensent deux fois plus que les autres sur le plan médical.

Togo

Le Togo est un pays de la côte ouest africaine. Il est limité par le Burkina Faso au Nord, l'Océan Atlantique au sud, la République du Bénin à l'est et le Ghana à l'ouest. D'une superficie de 56 600 Km² il se présente par sa forme allongée du nord au sud comme un couloir reliant les pays enclavés du Sahel à l'Océan Atlantique. Le Togo est subdivisé en 5 régions administratives, cependant sur le plan sanitaire la commune de Lomé (la capitale politique et administrative) représente la 6^{ème} région du pays.

La population du Togo, estimée à 4 620 026 habitants en l'an 2000, est caractérisée par son extrême jeunesse. En effet la population des enfants de moins de 15 ans représentent au moins 50% de la population totale. La répartition selon le sexe est de 51,3% de femmes et 48,7% d'hommes. La densité moyenne de la population est estimée à 82 habitants au Km².

Les principaux indicateurs socio-démographiques du pays sont :

- Taux brut de natalité : 37 pour 1000
- Taux brut de mortalité : 13 pour 1000
- Taux de mortalité infantile : 80 pour 1000
- Espérance de vie à la naissance : 57,5 ans
- Taux de croissance démographique : 2,4%
- Indice synthétique de fécondité : 5,4
- Taux de mortalité maternelle : 478 pour 100 000 naissances

La situation socio-économique du Togo présente de nombreuses contraintes et difficultés. La crise socio-politique sans précédent vécue entre 1990 et 1993 a entraîné une paralysie de l'appareil productif avec des répercussion particulièrement graves sur les finances publiques. Ce contexte particulier n'a pas permis d'atteindre les objectifs de développement économique fixés. La croissance du PIB est tombée à - 3,6 % par an et le revenu net à - 5,75 %. Une telle situation a accentué la pauvreté, rendant encore plus difficile l'accès aux soins de santé d'une frange importante de la population.

Depuis la reprise des activités économiques en août 1993, le gouvernement s'efforce de mettre en œuvre un vaste programme de relance afin de rétablir l'équilibre économique et financier. A partir de 1994 on note une reprise progressive de la croissance (4,4 %) qui s'est maintenue au même niveau (4,8 %) en 1997.

La reprise de la croissance économique entamée en 1994 a malheureusement connu un coup d'arrêt en 1998 avec la perturbation du climat socio-politique qui a conduit jusqu'à présent à une suspension de l'appui (économique et financier) des bailleurs de fonds. L'environnement socio-économique rendu ainsi difficile, n'est pas sans conséquences sur la situation sanitaire du pays.

2.2. Système de santé

Burkina Faso

Le système sanitaire du Burkina Faso est organisé en une pyramide avec au sommet le niveau central ou national. Les formations sanitaires qui composent ce niveau sont le Centre National Hospitalier Universitaire (CNHU) et les Centres Hospitaliers Nationaux (CHN) au nombre de 2. Les fonctions dévolues à ces établissements de soins sont : les soins de haute spécialité, la formation du personnel, l'IEC, la référence nationale et les activités de recherche.

Le niveau intermédiaire ou régional est composé de Centres Hospitaliers Régionaux au nombre de 9. Leurs fonctions principales sont : l'administration de soins courants, les soins d'urgence et les soins spécialisés, la participation à la recherche, la supervision-évaluation et l'IEC.

Le niveau périphérique est représenté par le District Sanitaire qui est la base du système de santé. Les 53 districts sanitaires que renferment ce niveau sont composés :

- D'une part de localités de 150 à 200 000 habitants au niveau desquelles les formations sanitaires sont représentées par 74 centres médicaux avec ou sans antenne chirurgical. Les activités menées au niveau de ces centres sont les soins généraux, la formation du personnel, la supervision et la participation à la recherche.
- D'autre part de localités d'au moins 10 000 habitants où les 721 Centres de santé et de promotion sociale (CSPS), les 130 dispensaires et les 26 maternités sont habilités à dispenser des soins courants, à référer les cas graves, à mener des activités d'IEC et à former les accoucheuses villageoises et les agents itinérants de santé.

La situation sanitaire du pays est caractérisée par un niveau de mortalité élevé. Les résultats provisoires du recensement général de la population et de l'habitation de 1996 donnent un taux brut de mortalité général de 15,2 %, un taux de mortalité infantile de l'ordre de 107 pour 1000.

Cette situation s'explique en partie par la faible couverture sanitaire et vaccinale.

En 1997 on comptait environ 1 médecin pour 29 000 habitants, 1 sage femme pour 28 500 femmes en âge de procréer et 1 infirmier pour 8 500 habitants. Ces ratios sont largement au dessous des normes OMS préconisées pour la sous région ouest africaine (10 000 habitants par médecin, 5 000 par infirmier ou sage femme). A ce manque de personnel de santé viennent se greffer l'insuffisance, le sous équipement et l'inégale répartition des infrastructures sanitaires.

Cameroun

Le système de santé du Cameroun est de type pyramidal comportant des services administratifs et/ou de gestion et des structures de soins. Au plan organisationnel, il repose sur trois niveaux hiérarchisés, à savoir:

- Le niveau central ou stratégique, chargé de définir la politique sanitaire du pays. Il est constitué essentiellement des services centraux et assimilés du Ministère de la Santé Publique (et éventuellement ceux des administrations apparentées dans le cadre de la collaboration intersectorielle). Comme structure de soins, il comprend les hôpitaux généraux de référence, les hôpitaux centraux et les centres de recherche et d'appui aux soins tels que le Centre Pasteur du Cameroun. Ils sont chargés de la formation, de la recherche et des soins tertiaires et quaternaires de très haute qualité.
- Le niveau intermédiaire ou niveau d'appui technique qui comprend les 10 délégations provinciales de la santé publique chargées d'assurer la programmation et la supervision des activités sur le terrain. Les hôpitaux provinciaux que ce niveau abrite assurent des soins spécialisés.
- Le niveau périphérique ou niveau d'application des programmes d'activités. Il comprend les centres de santé intégrés ainsi que les hôpitaux de district chargés respectivement d'assurer les soins de base de manière intégrée et des soins secondaires courants. Le niveau périphérique constitue également l'interface entre les services de santé et les communautés bénéficiaires.

Le système de santé ainsi décrit permet d'apprécier les ressources (matérielles et humaines) disponibles et les affections prédominantes quotidiennement prises en charge.

En 1998 on dénombrait 284 hôpitaux, 1042 centres de santé, 65 PMI, 138 dispensaires et cabinets, 215 pharmacies et 142 pro-pharmacies sur l'ensemble du territoire national. Parmi les hôpitaux on en distingue 8 qui ont un plateau technique relevé. Ce sont à Yaoundé : le CHU, l'hôpital général, l'hôpital central, l'hôpital Jamot, l'hôpital de la CNPS, et à Douala : l'hôpital Général et l'hôpital Laquintinie.

Le secteur privé confessionnel (à but non lucratif) contribue à l'amélioration de la santé des populations en fournissant une partie des prestations privées. Il se compose des services de santé de l'église catholique (179 établissements sanitaires dont 8 hôpitaux), des services de santé administrés par l'église protestante (122 formations sanitaires dont 24 hôpitaux), de la Fondation Ad Lucem qui administre 7 hôpitaux et 11 centres de santé.

Les établissements privés à but lucratif sont au nombre de 539. En outre, de nombreuses ONG nationales et internationales interviennent également dans le secteur de la santé.

Concernant les ressources humaines, les statistiques du Ministère de la santé (1998) indiquent le ratio personnel de santé/population suivant : 1 médecin pour 14 730 habitants, 1 pharmacien pour 28 673 habitants, 1 dentiste pour 24 813 habitants, 1 infirmier pour 2083 habitants, 1 aide soignant pour 3100 habitants.

Le profil sanitaire se caractérise par la prédominance des pathologies infectieuses et parasitaires qui sévissent de manière endémique et dont le chef de file est le paludisme, responsable de 43% des décès chez l'enfant de moins de 5 ans. En seconde position viennent les infections respiratoires aiguës (27% des décès chez les enfants de moins de 5 ans). On observe en outre les affections cardio-vasculaires, les maladies métaboliques, les cancers et les traumatismes. L'infection à VIH apparaît comme un grand sujet de préoccupation car elle constitue une menace pour le développement socio-économique du pays en raison de son extension rapide.

Côte d'Ivoire

Comme dans la plupart des pays de l'Afrique de l'ouest, le système de santé de la Côte d'Ivoire est de type pyramidal comportant des services administratifs et/ou de gestion et des structures de soins. Au plan organisationnel, il repose sur trois niveaux hiérarchisés, à savoir:

- Le niveau central ou stratégique, est chargé de définir, planifier la mise en oeuvre, suivre et évaluer la politique sanitaire du pays. Il est constitué essentiellement des services centraux et assimilés du Ministère de la Santé Publique. Les structures de soins qui appartiennent au niveau central sont : les Centres Hospitaliers et Universitaires (CHU). Par ailleurs, le Ministère de la Santé Publique dispose d'Instituts et d'établissements spécifiques, tels que la Pharmacie de la Santé Publique, le Laboratoire National de Santé Publique, l'Institut National de Santé Publique, l'Institut de Cardiologie d'Abidjan, le SAMU, l'Institut National d'Hygiène Publique, l'Institut Raoul Follereau d'Adzopé. Ils sont chargés de la formation, de la recherche et des soins tertiaires et quaternaires de très haute qualité.
- Le niveau intermédiaire ou niveau d'appui technique correspond à la région sanitaire. Les centres hospitaliers régionaux sont les structures de soins appartenant à ce niveau.
- Le niveau périphérique correspond au district sanitaire. C'est l'unité opérationnelle du système de santé permettant la mise en oeuvre des soins de santé primaires. Le district dessert une population bien définie vivant dans une zone administrative et géographique précise, qu'elle soit urbaine ou rurale. Le système ivoirien de santé de district se compose des éléments suivants :
 - ☛ Les services de soins de santé, comprenant : - les établissements sanitaires de premier contact ou centres de santé et – un hôpital de référence du district. Une direction départementale sanitaire avec son équipe-cadre de district
 - ☛ A ces structures publiques il faut ajouter le secteur privé confessionnel ou non confessionnel qui joue un grand rôle dans la prise en charge des populations. Le secteur privé non confessionnel est surtout développé dans les grandes villes telles que Abidjan et Bouaké où les activités économiques favorisent leur accessibilité à une frange salariée de la population qui dispose surtout de polices d'assurances.

Togo

Le système sanitaire du Togo est organisé en une pyramide avec au sommet le niveau central représenté sur le plan de l'offre de services par 3 centres hospitaliers universitaires (CHU) représentant les hôpitaux de référence nationale compte tenu de leur plateau technique relevé.

Le niveau intermédiaire est représenté par 4 centres hospitaliers régionaux (CHR) repartis dans le pays. Ce sont les hôpitaux de référence pour les malades dont la prise en charge dépasse le niveau périphérique. Les CHR disposent d'un plateau technique moyen qui leur permet un

minimum de soins spécialisés et participent également aux soins préventifs, promotionnels et de réadaptation.

Le niveau périphérique est constitué par les hôpitaux de préfecture ou de district, les hôpitaux secondaires, les centres médicaux des armées, les centres médicaux des familles des armées, les centres médicaux confessionnels, les polycliniques, les centres médico-sociaux, les cabinets privés, les unités de soins périphériques (ou dispensaires) et les centres de protection maternelle et infantile.

Tous ces niveaux sont impliqués à des degrés variables dans les activités de lutte contre le VIH/SIDA.

La couverture du pays en infrastructures sanitaires est de 1 unité pour 8 500 habitants (la norme de l'OMS étant de 1 unité pour 5 000 habitants) et de 1 lit pour 600 habitants avec toutefois de grandes disparités d'une région à une autre.

Concernant les ressources humaines, le pays dispose d'un médecin pour 12 470 habitants, d'une sage-femme pour 9 330 habitants et d'un infirmier pour 3 093 habitants.

Au plan de l'état de santé, la situation sanitaire du Togo est caractérisée par des taux élevés de la mortalité infanto-juvénile imputable aux maladies infectieuses et parasitaires dont le chef de file est le paludisme. Viennent ensuite les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, les carences nutritionnelles, etc.

En dehors des affections courantes, de nouveaux problèmes de santé ont graduellement pris de l'ampleur. Ce sont les maladies mentales, la toxicomanie, le tabagisme, l'alcoolisme et surtout les infections sexuellement transmissibles (IST) dont le VIH/SIDA.

2.3. Situation du VIH/SIDA et des IST

Burkina Faso

Le VIH/SIDA :

C'est en 1986 que le Burkina Faso a déclaré les dix (10) premiers cas de sida à l'OMS et en 1987 les premières enquêtes conduites dans des groupes à risque ont trouvé 35% de séropositivité chez les prostituées et 23% chez les porteurs d'IST. A la même époque, 19 % des malades hospitalisés en médecine au Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo (CHNYO) étaient séropositifs et 12,5 % des tuberculeux de Bobo-Dioulasso.

En 1994, une enquête nationale de séroprévalence réalisée parmi 2159 femmes enceintes dans huit sites sentinelles trouvait une prévalence moyenne de 7,3%. La même année une enquête chez les tuberculeux retrouvait 33,6% de prévalence.

Selon les données de l'ONUSIDA, la situation épidémiologique en décembre 2000 se présenterait comme suit :

Tableau 1 : Situation épidémiologique du VIH/SIDA au Burkina Faso

Estimation selon les situations	Nombre / Taux
1 – Enfants et adultes infectés par le VIH (fin 1999)*	350 000
2 – Adultes de 15 à 49 ans infectés par le VIH (fin 1999)*	330 000
3 – Femmes de 15 à 49 ans infectées par le VIH (fin 1999)*	180 000
4 – Enfants de 0 à 14 ans infectés par le VIH (fin 1999)*	20 000
5 – Nombre cumulé de cas de SIDA (fin 1997)*	270 000
6 – Nombre de nouveaux cas de SIDA rapportés par les services de santé en 1999**	2 031
7 – Nombre de décès dus au SIDA en 1999*	43 000
8 – Nombre cumulé d’orphelins du SIDA (fin 1999)*	320 000
9 – Taux d’infection chez les adultes (fin 1999)*	6,44%
10 – Séro-prévalence du VIH chez les femmes enceintes (fin 1999)**	4 – 8,4%
11 – Séro-prévalence du VIH chez les prisonniers	
- Ouagadougou (1998)***	9,1%
- Bobo Dioulasso (1999)***	11,4%

Sources : * ONUSIDA/OMS : Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and STD 2000 (Dec 2000)

** SP-CNLS : Situation de la pandémie du SIDA au Burkina Faso : Données épidémiologiques (Oct 2000)

*** ACT/FEMIC : Plan d’action 2001 de lutte contre le VIH/SIDA dans les prisons (Nov 2000)

D’autres données issues d’enquêtes ponctuelles permettent d’apprécier la situation en fonction de la zone géographique et de certains groupes cibles

Tableau 2 : Prévalence du VIH chez les femmes enceintes selon les régions

Bobo Dioulasso (1996)	9,6%
Ouagadougou (1996)	8,3%
Gaoua (1994)	5,7%
Tenkodogo (1994)	5,8%
Ouahigouya (1994)	10%
Fada N’gourma (1994)	6,5%
Dédougou (1994)	5,1%
Dori (1994)	9,7%

Source : CNLS

Tableau 3: Données selon les groupes à risque

Groupe	Ouagadougou	Bobo Dioulasso
Prostituées	59,2% (1994)	57,7% (1994)
Sujets consultants pour IST	23% (1987)	42% (1992)
Camionneurs	13,1% (1993)	18,6% (1996)

Source : CNLS

Compte tenu d'un certain nombre d'indicateurs, notamment le nombre important de personnes vivant avec le VIH ainsi que le mode de transmission essentiellement hétérosexuel, l'épidémie du VIH/SIDA est considérée comme généralisée au Burkina Faso. Tous les virus y sont présents (VIH 1, VIH 2, VIH 1+2) avec une prédominance pour le VIH1.

Les principaux facteurs de propagation identifiés sont :

- Le multipartenariat sexuel
- La situation continentale du pays occasionnant un brassage important de population
- La migration interne et externe
- La situation de vulnérabilité de la femme
- Certaines pratiques traditionnelles comme le lévirat, l'excision, les tatouages ou scarifications

Les Infections Sexuellement Transmissibles :

Les données concernant les IST sont parcellaires. Elles sont toutefois considérées comme maladies prioritaires dans le cadre du système national d'information sanitaire. Celui-ci cible deux IST de manière exhaustive : la syphilis et la gonorrhée.

Ainsi en 1996 selon cette source, le taux d'incidence de la syphilis et de la gonorrhée sur l'ensemble des provinces était respectivement de 4,57% et de 7,44%

Tableau 4 : Incidence de la Syphilis et de la Gonorrhée au niveau de 5 provinces

Syphilis		Gonorrhée	
Province	Incidence %	Province	Incidence %
Oudalan	32,61	Kenedougou	19,54
Soum	19,76	Oudalan	17,10
Kadiogo	17,29	Kadiogo	16,92
Séno	8,93	Houet	15,56
Oubritenga	5,76	Sissili	9,95

Source : Ministère de la Santé / DEP, Statistiques sanitaires 1996

Les données révèlent une nette prédominance masculine que ce soit pour la syphilis ou la gonorrhée. Ainsi on note un ratio homme/femme de 1,5 (2944/1972) pour la syphilis et de 3,1 (6051/1961) pour la gonorrhée. Ce paramètre n'est pas corroboré par les résultats des enquêtes IP6 et IP7 menées en 1997 dans les centres de santé du Boulgou et du Nahouri de même que celle menée en 1999 dans la région du Goulmou qui montre une prédominance féminine allant jusqu'à 75 %.

Cameroun

Le VIH/SIDA :

Les premiers cas de sida ont été déclarés officiellement en 1985. Depuis, le nombre de malade n'a cessé d'augmenter de façon dramatique passant de 21 cas en 1986 à 5168 nouveaux cas entre janvier et octobre 2000 soit un total cumulé de plus de 34 000 depuis l'apparition de l'épidémie. La séroprévalence de l'infection à VIH au Cameroun a été multipliée pratiquement

par 22 en l'espace de 13 ans passant de 0,5% en 1987 à 7,2% en 1998 et à 11% en l'an 2000 (29 sites). La prévalence de l'année 2000 est plus élevée que celle publiée par l'ONUSIDA (5,5%) dans son rapport de Juin 2000 (UNAIDS/00.13 E English original, June 2000).

Le nombre de personnes vivant avec le VIH est estimé à plus de 937 000 et près d'un camerounais sur 9 dans la population active serait aujourd'hui infecté.

Le nombre estimatif de décès depuis le début de la pandémie se chiffrerait à 340 000 dont 52 000 pour l'année 1999. Quant au nombre d'orphelins il s'élèverait à 270 000.

Le principal mode de transmission est sexuel et représenterait 90% des cas de contamination, la transfusion sanguine et la transmission mère enfant constituant les 10% restant. Selon les chiffres de l'ONUSIDA de juin 2000 près de 22 000 enfants de moins de 14 ans seraient infectés par le VIH.

Certains groupes sont particulièrement touchés : les transporteurs routiers (18%), les hommes en tenue (14%) et les prostituées (25 à 30%). Selon les données de l'hôpital Laquintinie, 30% des tuberculeux seraient porteurs du virus. Au CHU de Yaoundé, cette proportion est estimée à 60% parmi les patients tuberculeux hospitalisés.

L'analyse des données disponibles montre que la tranche d'âge la plus touchée concerne les jeunes de 20 à 39 ans. Par ailleurs on note actuellement une augmentation rapide en nombre de femmes infectées par le VIH avec un sexe ratio femme/homme de 2/3 contre 6 hommes pour une femme dans les années 1986.

Au plan de la répartition géographique les données se présentent comme suit :

Tableau 5 : Prévalence du VIH selon les différentes provinces du Cameroun en 2000

Province	Prévalence
Centre	11,2
Sud	11,2
Littoral	6,2
Sud ouest	12,3
Ouest	6,0
Nord Ouest	11,5
Est	10,0
Adamaoua	17,0
Nord	9,6
Extrême Nord	13,1
Total	11,0

Source : CNLS/GTC/SECT. OP./UNITE D'EPIDEMIOLOGIE

Les Infections Sexuellement Transmissibles :

On dispose de très peu de données sur l'ampleur des IST au Cameroun. Cependant, de manière unanime, il ressort des entretiens avec les professionnels de santé que les IST constituent sans conteste un motif important de consultation. Le nombre approximatif de patients vus dans

les structures de santé varie de 2 à 3 par semaine à 5 par jour selon que la structure de santé est spécialisée ou non dans la prise en charge des IST.

Les statistiques cliniques ne permettent toutefois pas de se faire une idée du poids des IST dans la morbidité globale. Seules quelques données issues de laboratoires permettent une appréciation approximative. Ainsi, la charge de travail due aux IST en dehors du VIH au laboratoire de l'hôpital de la Compagnie de Développement du Cameroun à Tiko (South West) représente 11% de l'ensemble des tests effectués annuellement.

Côte d'Ivoire

Le VIH/SIDA :

Les premiers cas de sida ont été déclarés officiellement en 1985 à partir de deux cas confirmés par une sérologie faite à l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire. Une enquête épidémiologique chez les femmes enceintes à Abidjan révèle un taux de séropositivité de 4% en 1987. En 1997, 1998 et 2000, des enquêtes nationales (chiffres communiqués par le PNLS/RETRO-CI) révèlent des taux de séropositivité respectives de 8,96 ; 10,51 et 9,52%. La prévalence de 1998 est proche de celle publiée par l'ONUSIDA (10,6%) dans son dernier rapport de Juin 2000 (UNAIDS/00.13 E English original, June 2000).

Concernant les populations à haut risque, 32% des travailleuses de sexe fréquentant la clinique Confiance du projet RETRO-CI étaient séropositives en 1999.

Le nombre de décès dus au Sida n'a cessé d'augmenter de façon dramatique pour dépasser les 72 000 décès à la fin de l'année 1999. En 2000, le nombre de personnes vivant avec le VIH est estimé à plus de 1 million et les orphelins du Sida seraient plus de 420 000. De 4.2 en 1988, le ratio homme/femme est passé à 1.2 en 1998. A Abidjan, le Sida est la première cause de mortalité de l'adulte jeune. En 1997, les malades du SIDA occupaient 41% de tous les lits d'hôpitaux d'Abidjan. A cette date, les dépenses liées au SIDA absorbaient 11% de l'ensemble du budget de la Santé Publique.

Le principal mode de transmission est sexuel et représenterait 80 à 85% des cas de contamination, la transfusion sanguine et la transmission mère enfant constituant les 15 à 20% restant.

Au plan de la répartition géographique les données se présentent comme suit :

Tableau 6 : Prévalence du VIH selon les différents chef-lieu de région de la Côte d'Ivoire en 2000

Chef-lieu de région	Prévalence (%)
Abidjan	10,8
Abengourou	12
Bondoukou	11
Bouaké	7,7
Daloa	8,4
Korhogo	8,2
Man	8,9
Odienné	10,6
San-Pédro	9,1
Yamoussoukro	8,3
Total	9,5

Source : PNLS

Les Infections Sexuellement Transmissibles :

On dispose de très peu de données sur l'ampleur des IST en Côte d'Ivoire. Cependant, de manière unanime, il ressort des entretiens avec les professionnels de santé que les IST constituent sans conteste un motif important de consultation. Très peu de données sont disponibles sur la PEC des IST dans les formations sanitaires publiques.

Les statistiques cliniques ne permettent toutefois pas de se faire une idée du poids des IST dans la morbidité globale. Quelques données issues des ventes de kits de traitement des MST de la PSP permettent une appréciation approximative. En 2000, 51 230 kits de traitement des IST ont été vendus dans les formations sanitaires publiques en Côte d'Ivoire.

Togo

LE VIH/SIDA :

A l'instar de la plupart des pays africains, les premiers cas de sida ont été diagnostiqués au Togo en 1987. Bien que le nombre de cas notifiés soit loin de refléter la réalité, celui-ci n'a cessé d'augmenter pour atteindre un total cumulé de 11785 cas en 1999.

Il existe une certaine controverse en ce qui concerne la prévalence du VIH dans la population générale au Togo. Selon des données fournies par le Centre national de Référence, elle serait estimée à 6% dans la population sexuellement active et à 3,3 % dans l'ensemble de la population.

Tableau 7 : Situation des femmes enceintes dans 4 régions en 1997 et 1998

Régions	1997 (%)	1998 (%)
Maritime	6,7	6,8
Plateaux	4,6	
Centrale	4,6	5
Kara	8,1	
Savanes	3	2,8

Source :CNR

Selon le Bureau pays de l'ONUSIDA Togo, la prévalence du VIH est estimée à 8,5% en 1998 et le nombre de personnes vivant avec le VIH se chiffrerait entre 150 000 et 200 000. De manière anecdotique, certains intervenants font état d'une prévalence à 12% plaçant le Togo en seconde voire en première place des pays les plus touchés par l'épidémie VIH/SIDA en Afrique de l'ouest.

Une analyse des cas de sida notifiés permet une description sommaire de la population atteinte. Comme dans la plupart des pays d'Afrique le principal mode de transmission est hétérosexuel (88,47%) suivie par la transmission mère enfant (5,11%). Le sexe ratio est au détriment des femmes 55,6% contre 43,7% pour les hommes. Les tranches d'âge les plus touchées sont les 20-24 ans (10,2%), 25-29 ans (18,03%), 30-34 ans (19,9%) et 35-39 ans (13,92%).

Infections Sexuellement Transmissibles :

Il y a peu de données globales disponibles pour apprécier l'ampleur des IST au Togo. Selon les données de la surveillance sentinelle en 1997, la séroprévalence de la syphilis (TPHA+) chez les femmes enceintes serait de 5,7% dans la région Maritime, de 5,1% dans la région des Plateaux, de 4,4% dans la région Centrale, de 14,8% dans celle de la Kara et 4% dans la région des Savanes. Selon les prestataires rencontrés, les IST représenteraient une cause fréquente de consultation sans qu'il soit possible d'en évaluer le poids avec précision. Les quelques autres sources de données systématisées dont il a été possible de disposer sont les rapports de consultation IST de l'assistant médical du Centre hospitalier de Tsévié selon lesquelles les IST ont représenté respectivement 21 et 17 % des consultations en 1999 et 2000. A la clinique de L'ATBEF de Lomé, les IST ont compté pour 27 % des consultations gynécologiques. Cependant, toujours à Lomé, les IST n'ont représenté que 4,28% des consultations à la clinique de l'ONG FAMME.

2.4. Réponse gouvernementale

Burkina Faso

Le Burkina Faso a adhéré aux orientations mondiales en matière de lutte contre le sida et un programme a été mis en place dès 1987 pour apporter une réponse à la pandémie. A l'instar de la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, la séquence Plan à Court Terme (PCT 1987), Plans à Moyen Terme PMT I (1989-1992), PMT II (1992-1995) a été respectée.

Le tableau ci dessous résume les principales orientations et interventions des différents plans :

Tableau 8 : Principales orientations et interventions des différents plans

Plans et programmes d'intervention	Axes et actions prioritaires
PCT (1987-1989)	Information, Education, Communication (IEC) Développement des capacités nationales et institutionnelles pour servir la prévention et la lutte contre le VIH/SIDA Réalisation d'enquêtes épidémiologiques afin de mettre en évidence l'ampleur de l'épidémie du VIH/SIDA au Burkina Faso
PMT I (1990- 1992) PMT II (1993-1995)	Intensification des activités IEC en direction du grand public et des principaux groupes vulnérables (élèves, migrants, forces de l'ordre, prostituées) Lancement du projet de marketing social des condoms (PROMACO) (1991) Renforcement des capacités nationales et des programmes de formations Démarrage de la séro-surveillance de l'infection à VIH sur des groupes cibles (femmes enceintes, patients avec IST, tuberculeux)
PNLS-PPLS et extension (1996 – 2000)	La séro-surveillance de l'infection à VIH et la déclaration des cas L'accentuation des activités IEC notamment en direction des groupes vulnérables La promotion à travers les médias de masse d'une sexualité responsable et sans risque La mise à disposition et la promotion de l'utilisation des préservatifs La prévention et la lutte contre les MST La formation des agents de santé et des relais communautaires L'amélioration de la sécurité de la transfusion sanguine La création d'un fond de solidarité envers les malades et orphelins du sida La prise en charge psychologique, sociale, scolaire, alimentaire, juridique, économique et médicale des personnes infectées et affectées par le VIH Ouverture d'un centre de traitement ambulatoire (CTA) à Ouagadougou (23/9/2000)

Sources : Document du Ministère de la santé, du Secrétariat permanent du PNLs, PMT1, PMT2, PPLS, 1986-1999

Différents acteurs ont pris part à des degrés divers à cette réponse ; il s'agit essentiellement

- des ministères de la santé, de la communication et de la culture, de l'action sociale, de l'éducation, de l'économie, de la défense, de la justice,
- de l'Assemblée Nationale,
- des agences de coopérations bilatérales et multilatérales
- et des ONGs.

L'analyse de la réponse effectuée dans le cadre de la planification stratégique a identifié des domaines où la réponse est insuffisante par rapport à la situation actuelle ou inexistante parmi lesquels on peut citer :

- Les soins généraux et les soins aux malades de MST
- La prise en charge des PVVIH
- La diminution de la vulnérabilité de certains groupes de la population.

Par ailleurs parmi les domaines n'ayant pas du tout reçu de réponse figure la promotion de la prostitution à moindre risque.

Au plan financier, la première phase de la lutte correspondant au PCT et aux PMT I et PMT II, est marquée par un engagement faible du gouvernement de l'ordre de 0,0067% du budget alloué au secteur santé. C'est le démarrage du projet Population et Lutte contre le Sida (PPLS) financé par la Banque Mondiale qui va permettre un engagement plus conséquent du gouvernement avec une multiplication par 4 de l'enveloppe annuelle consacrée aux activités de lutte contre le sida. Le tableau ci dessous montre l'évolution de l'engagement gouvernemental à la lutte contre le sida depuis le début de la réponse :

Tableau 9 : Evolution des financements alloués à la lutte contre le VIH/SIDA au Burkina Faso (1987-2000)

Plans	Période	Contribution nationale USD
PCT	1987-1989	10 000
PMT I	1990-1992	19 500
PMT II	1993-1995	236 500
PMT II extension +PPLS	1996-2000	2 440 000

Source : CNLS, Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA 2001 – 2005, Décembre 2000

Cameroun

La réponse du Cameroun au VIH/SIDA a été précoce. Un Comité de lutte contre le Sida a été créé dès 1986 et un programme mis en place. Des plans à court et moyens termes (PMT) ont été élaborés et mis en œuvre (plan à court terme en 1987, PMT I de 88-92, PMT II de 93-95).

A l'instar de la plupart des pays africains, les efforts ont surtout porté sur la prévention de la transmission sexuelle à travers l'IEC en direction du grand public et des jeunes. On note une certaine implication des tradipraticiens organisés au sein de l'association des herboristes prenant en charge les malades du sida. Par contre, l'engagement des ONG semble encore très faible. En

effet, même si leur nombre est important, peu d'entre elles sont réellement opérationnelles sur le terrain.

Le contrôle des IST a également constitué une stratégie de prévention à travers l'élaboration de guides de prise en charge syndromique et la formation des personnels de santé.

Le marketing social des préservatifs est aussi une des interventions majeure de prévention. La marque « prudence » est disponible et accessible sur des points de ventes de natures diverses (grande surfaces, tabliers, stations services, etc...).

Il apparaît cependant que le PNLS a été marqué par une longue phase de léthargie due à un certain nombre de problèmes tels que :

- Une instabilité dans la direction du programme
- Une insuffisance dans la coordination des partenaires et des intervenants du programme ;
- Une insuffisance des ressources affectées au programme
- Une implication insuffisante des secteurs autres que la santé dans les activités de lutte contre le VIH/SIDA.

Depuis deux ans, une nouvelle impulsion a été donnée à la lutte contre le Sida. Une allocation financière substantielle a lui été octroyée dans le cadre du budget national, du personnel permanent ainsi que de nouveaux locaux ont été affectés au Groupe Technique de Coordination du Comité National de Lutte contre le Sida (GTC/CNLS).

Un plan stratégique 2000-2005 ainsi qu'un plan d'urgence 2000-2001 ont été élaborés. Le plan stratégique répond à la mission essentielle du Comité National de Lutte contre le SIDA qui est d'offrir un cadre national d'intervention, d'élargir la réponse nationale à l'épidémie, et de coordonner la mise en œuvre des activités de lutte contre le sida dans une approche décentralisée. Le cadre institutionnel du CNLS comprend :

- Le Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS) organe consultatif multidisciplinaire chargé de définir la politique générale de lutte contre le sida au Cameroun. Il est présidé par le Ministre de la santé.
- La commission mixte de suivi (CMS) qui assure un rôle de conseil, d'évaluation, de contrôle. Il est composé des observateurs indépendants et des membres
- Le Groupe Technique de Coordination (GTC) qui est l'organe exécutif chargé de la coordination, de la gestion et de la mise en œuvre des activités du PNLS
- Les équipes /comités provinciaux de lutte contre le Sida (EPLS/CPLS) équipes multisectorielles chargées de la lutte contre le sida au niveau provincial
- Le Comité de lutte contre le sida au niveau de la commune chargé d'assurer le relais du GTP au niveau de la commune.

Parallèlement, il existe un service de lutte contre le SIDA sous la tutelle de la Direction de la Santé Communautaire du Ministère de la Santé. Ce service comprend trois bureaux (Sida, IST et tuberculose).

Les objectifs spécifiques du CNLS sont de :

- Freiner l'évolution de la pandémie du VIH
- Réduire le nombre de nouveaux cas d'infection à travers les programmes de prévention
- Atténuer l'impact socio-économique du sida
- Renforcer la lutte contre le VIH/SIDA dans les communautés par les communautés
- Renforcer la prise en charge des personnes infectées et/ou affectées.

Les axes stratégiques du CNLS sont :

- Le renforcement des capacités
- L'appui à la réponse locale
- L'appui à la réponse sectorielle
- L'appui à la réponse du secteur santé
- L'appui à la coordination
- L'appui à l'IEC pour un changement de comportement à moindre risque
- L'appui à la recherche

Côte d'Ivoire

C'est en 1987 que le gouvernement de Côte d'Ivoire avec l'appui de l'OMS a institué le Programme Nationale de Lutte contre le Sida (PNLS). Lors de la mise en place du PNLS, un Plan à Court Terme (PCT) est élaboré dès juin 1987 et financé en 1988 par l'OMS. Déjà la prise en charge des malades du Sida y était énoncée comme ci-après : «*prévoir les conditions de la prise en charge des malades et des séropositifs identifiés* ». Plusieurs plans se sont ensuite succédés : le premier Plan à Moyen Terme (PMT I 1988-1993), le Plan Stratégique et le deuxième Plan à Moyen Terme (PMT II 1993-1998), le Plan National 1996-1998 élaboré en collaboration avec la Banque Mondiale et l'ONUSIDA et enfin le Plan Stratégique 2001-2005 également élaboré avec le soutien de la Banque Mondiale et l'ONUSIDA.

Les objectifs suivants ont été mentionnés de manière plus ou moins constante suivant les plans jusqu'en 1994: la prévention de la transmission sexuelle (IEC et traitement précoce des MST) et sanguine, la prévention de la transmission mère-enfant, l'amélioration de la prise en charge des malades et des séropositifs et parfois la promotion de la recherche médicale sur le Sida.

Malgré les objectifs énoncés, les activités menées au cours de la période 1987-1994 ont continué à se référer de manière exclusive à la prévention de la transmission sexuelle et à la sécurité transfusionnelle. La sensibilisation de la population générale est étendue en théorie à tous les secteurs de la société civile dans le cadre de la multisectorialité. Le marketing social du préservatif masculin est confié à PSI pour le vendre à 25 FCFA l'unité.

A l'instar de la plupart des pays africains, on note depuis le début de la pandémie une implication des tradipraticiens qui ont proposé plusieurs produits « miracles » avec plus ou moins de réussite. Les chercheurs ivoiriens ne sont pas en reste. De nombreuses tentatives pour trouver des remèdes contre le Sida ont été menées et au début de l'année 2001, un groupe de chercheurs de l'université d'Abidjan a mis au point un médicament appelé « *Thérastim* ». Ce médicament aurait des propriétés orexigènes et stimulantes pour le système immunitaire.

En 1992, le gouvernement de Côte d'Ivoire intègre la lutte contre les MST au PNLS et en 1995, la tuberculose y est intégrée. L'arrêté n°255 MSPAS/CAB du 24 mai 1995 portant création du Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA, les Maladies Sexuellement Transmissibles et la Tuberculose (PNLS/MST/TUB) définit ses buts :

- réduire la transmission du VIH/SIDA, des MST et de la Tuberculose,
- réduire l'impact de ces maladies sur l'individu, la famille et la société
- organiser la prise en charge des personnes atteintes de ces maladies
- organiser et promouvoir la recherche afférente à ces maladies

Le PNLS/MST/TUB est administré par les organes suivants :

- un Comité National
- un Comité Mixte de Suivi
- une Commission Scientifique
- un Comité d'éthique
- une Direction Exécutive
- des Coordinations Régionales
- des Coordinations Départementales

Dans son plan stratégique 2001-2004 élaboré avec l'ensemble des partenaires au développement impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA, le PNLS/MST/TUB a défini les objectifs suivants :

- Réduire l'incidence du VIH chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans
- Réduire la vulnérabilité culturelle et économique de la femme face au VIH/SIDA
- Assurer à 25% des femmes séropositives enceintes l'application du protocole AZT pour prévenir la transmission materno-foetale
- Assurer le diagnostic précoce et la prise en charge des MST
- Accroître de 10 à 25% l'utilisation systématique du préservatif au cours de chaque rapport sexuel occasionnel
- Réduire la transmission du VIH/MST chez les prostitué(e)s et leurs partenaires en Côte d'Ivoire
- Réduire l'impact des facteurs socio-économiques sur la vulnérabilité au VIH/SIDA
- Sensibiliser sur les pratiques culturelles et traditionnelles favorisant la propagation du VIH/SIDA

Lors du remaniement ministériel de la IIème République survenu le 24 janvier 2001, le PNLS/MST/TUB a été remplacé par un Ministère Délégué auprès du Premier Ministre Chargé de la Lutte contre le SIDA.

Togo

La réponse du Togo s'est caractérisée par la mise en place d'un comité national de Lutte contre le Sida en 1987 et la mise en œuvre d'un plan à court terme (PCT 1988) et de deux plans à moyens termes (PMT I 1989-1994 et PMT II 1995-1999). Ces plans ont été essentiellement articulés autour de la prévention de la transmission sexuelle (IEC pour un changement de comportement, contrôle des IST et promotion des préservatifs), de la prévention de la transmission sanguine (dépistage systématique des dons de sang et réduction des indications de transfusion) et de la prévention primaire de la transmission mère enfant du VIH.

Parallèlement des interventions en vue de la réduction de l'impact individuel et social de l'infection ont été menées notamment pour assurer une prise en charge psycho-sociale et médicale des personnes vivant avec le VIH ainsi que leurs familles. Ces interventions ont consisté à former les personnels en counseling et à la prise en charge des infections opportunistes. Compte tenu de la demande croissante, on note une volonté indéniable des responsables chargés de la lutte contre le VIH/SIDA de renforcer les capacités de prise en charge et d'accompagnement des PVVIH.

Cette nouvelle orientation des interventions se heurte cependant à un certain nombre de contraintes majeures qui tiennent essentiellement à :

- Une situation politique caractérisée par un faible soutien des partenaires au développement réduisant de manière drastique les ressources affectées à la lutte contre le sida
- Un engagement politique national jugé insuffisant au regard de l'ampleur du problème
- Une implication insuffisante des secteurs autres que la santé dans les activités de prévention.

Le cadre Institutionnel du PNL S :

Le Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA est chargé d'organiser et de coordonner la réponse contre le VIH/SIDA à l'échelle du pays. Il a à sa tête une direction assistée de plusieurs unités techniques (administrative et financière, appui suivi supervision évaluation et recherche, épidémiologie, IEC, prise en charge médicale et psycho-sociale, IST).

Les principes fondamentaux qui guident la réponse au VIH SIDA au Togo sont :

- La décentralisation : responsabilisation des niveaux régionaux et préfectoraux pour l'exécution des activités
- La déconcentration : délégation d'activité à l'ensemble des partenaires gouvernementaux, privés et associatifs pour une lutte multidisciplinaire et intersectorielle
- L'intégration basée sur des programmes synergiques VIH/SIDA, MST, Tuberculose Santé de la reproduction

Il n'a pas été donné à l'équipe d'apprécier dans quelle mesure ces principes sont effectivement appliqués, mais le fait notable est la nouvelle dynamique de concertation et de coordination des partenaires en cours dans le cadre de l'élaboration du plan stratégique national 2000-2005. Ce processus, impulsé par le Groupe thématique ONUSIDA implique les différents

niveaux et l'ensemble des acteurs et partenaires dans la réponse VIH/SIDA au Togo. Le groupe thématique est élargi aux autres partenaires multi et bilatéraux (UE, Coopération Française, GTZ, etc.). Quant au plan stratégique national 2000-2005, il est actuellement à la phase de formulation du plan d'action.

2.5. USAID et le gouvernement américain

Burkina Faso

La présence de l'USAID au Burkina Faso a été marquée après la fermeture du bureau de coopération bilatérale en 1994, par les activités menées par le projet Santé Familiale et Prévention du SIDA (SFPS). Le projet SFPS a soutenu au Burkina Faso le renforcement des capacités des services de santé reproductive au sein desquels l'IEC sur le VIH/SIDA a été introduit ainsi que la prise en charge des IST et la promotion de comportements à moindre risque. Le projet SFPS travaille ainsi à la mobilisation communautaire pour une plus grande promotion de l'utilisation des services de santé reproductive et à la qualité des services offerts à travers l'initiative « Cercle d'Or ».

A travers le soutien de PSI (une des agences d'exécution du projet SFPS), un programme de marketing social du préservatif masculin (Prudence®) est mené avec succès par PROMACO, une ONG locale. Ce programme de marketing social du préservatif est un exemple de collaboration réussie entre l'USAID et KFW.

Dans le cadre de son programme d'appui au développement des communautés rurales, les volontaires du Corps de la Paix au Burkina Faso initient quels que soient leurs domaines d'interventions, des activités de sensibilisation sur le VIH/SIDA.

Cameroun

La présence de l'USAID au Cameroun dans la lutte contre le VIH/SIDA a été constante depuis le début de la pandémie. L'USAID y a développé un programme de prévention à travers diverses initiatives dont les projets AIDSTECH et AIDSCAP qui ont contribué à maintenir la prévalence de l'infection à VIH à un niveau très bas pendant longtemps.

Depuis 1995, à la suite de la fermeture du bureau de coopération bilatérale du Cameroun, l'USAID a initié le projet Santé Familiale et Prévention du SIDA (projet SFPS). Ce projet régional qui couvre quatre pays (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Togo et Cameroun) a pour objectif d'apporter une réponse régionale en prenant en compte les spécificités de chaque pays par la mise en place d'un paquet d'activités en rapport avec la Santé Reproductive en général.

Le projet SFPS tout en renforçant les activités de prévention les a complété par le soutien au programme national de Planification Familiale du Cameroun. Le projet SFPS a ainsi formé les prestataires de service et renforcé le plateau technique de certaines cliniques. Le soutien de l'USAID se manifeste également par l'approvisionnement gratuit en produits contraceptifs et le renforcement d'un système national de supervisions régulières pour l'assurance de la qualité des services. Des stratégies innovatrices de mobilisation communautaire telle l'initiative « Cercle d'Or » ont permis d'augmenter la fréquentation des services de santé reproductive.

Au cours de ces dernières années, parallèlement à la planification familiale, la prévention de la transmission du VIH a été intensifiée par la mise en œuvre d'activités de changement de comportement avec un accent particulier sur certaines populations à risque et/ou vulnérables (les routiers et leurs partenaires sexuels dans le cadre du PSAMAC). Le programme de marketing social du préservatif initié depuis le début des années 90 par PSI a continué et s'est intensifié rendant le préservatif « Prudence® » disponible et accessible partout et par tous les Camerounais quelles que soit leurs conditions sociales et leurs localisations géographiques. En 2000, PSI a vendu 13.6 millions de préservatifs au Cameroun.

Côte d'Ivoire

La présence de l'USAID en Côte d'Ivoire dans la lutte contre le VIH\SIDA a été surtout marquée au début des années 90 par l'appui au marketing social des préservatifs à travers PSI. De 1992 à 1995, l'approvisionnement en préservatifs et le financement des activités du projet de Marketing Social pour la prévention du Sida étaient assurés par l'USAID. L'USAID a également soutenu la création et le fonctionnement du premier centre de dépistage volontaire, anonyme et gratuit établi en Côte d'Ivoire et géré par l'ONG ESPOIR-Côte d'Ivoire.

A la fermeture du bureau de l'USAID à Abidjan, le projet SFPS financé par l'USAID a continué la prévention avec des interventions pour un changement de comportement de la population générale « *Afrique Lève-toi* » à travers des campagnes audiovisuelles. Les populations à haut risque telles les routiers et leurs partenaires sexuels ont également fait l'objet de campagnes de sensibilisation dans le cadre d'un projet intitulé Prévention du Sida sur les Axes Migratoires de l'Afrique de l'Ouest (PSAMAO). L'IEC a été renforcé par le projet SFPS dans les services de planification familiale qu'il soutien. En 1997, avec l'assistance technique du projet AIDSCAP de FHI, la prise en charge syndromique des IST a été introduite dans ces services de PF.

En 1988, le gouvernement des Etats-Unis à la suite d'un accord de coopération avec le Ministère de la Santé Publique de Côte d'Ivoire a démarré un projet de recherche de 10 ans renouvelé en 1999 pour la même durée. Bien qu'étant un projet de recherche, le projet RETRO-CI qui est doté du laboratoire le plus performant de la sous-région, a soutenu bon nombre d'activités de lutte contre le Sida en Côte d'Ivoire. Il s'agit du dépistage et du diagnostic du VIH menés au Centre d'Information et de Prévention du Sida (CIPS) et dans les Centres AntiTuberculeux. Par ailleurs, le laboratoire du projet RETRO-CI assiste le PNLIS dans la conduite régulière des enquêtes de sérosurveillance du VIH au sein de la population des femmes enceintes qui viennent en CPN dans les différents sites sentinelles. Au niveau de la prise en charge des IST, dans le cadre des activités de la clinique « Confiance » menées en collaboration avec le PPP, le projet RETRO-CI traite et sensibilise les travailleuses de sexe de la ville d'Abidjan sur les IST.

Tableau 10 : Evolution des ventes de Préservatifs de marque Prudence

1993	5.973.717
1994	8.929.187
1995	10.605.761
1996	12.370.581
1997	16.362.241
1998	20.269.978
1999	22.425.801
2000	20.036.121

Source : PSI/ECCODEV

Togo

Depuis la fermeture de son bureau au Togo, l'USAID continue de soutenir la lutte contre le VIH/SIDA à travers le Projet Santé Familiale et Prévention du SIDA (SFPS). La première phase de ce projet exécutée de 1996 à 2000, a surtout axé ses interventions dans les domaines de la planification familiale (incluant la prise en charge des IST) et de la prévention de la transmission de l'infection à VIH. En ce qui concerne la prévention du SIDA, les actions ont surtout porté sur la sensibilisation de la population générale par la production et la diffusion de matériels éducatifs tels que cassettes audio (enregistrées avec de grandes vedettes de la chanson africaines) et spots, clips vidéos (« Wake up Africa »), magazines. Un accent particulier a été mis sur le renforcement de la capacité locale à produire des messages de qualité.

Le projet SFPS a par ailleurs formé des prestataires cliniques en compétences de prévention des infections et en techniques de communication interpersonnelle.

Un programme de marketing social du préservatif soutenu par l'USAID existe au Togo depuis 1992. D'abord mis en œuvre par Futures Group, ce programme est piloté depuis 1996 par Population Services International (PSI). Ce programme dont l'objectif est d'accroître la disponibilité, l'accessibilité et surtout l'utilisation correcte des préservatifs au Togo a obtenu des résultats spectaculaires. Ainsi, sur plus de 25 millions de préservatifs vendus au Togo depuis 1992, 62% l'ont été au cours de ces trois dernières années. De plus, dans le cadre de l'Initiative régionale de Prévention du Sida sur les Axes Migratoires de l'Afrique de l'Ouest (PSAMAO), PSI en collaboration avec des ONG locales assure une dissémination de l'information préventive et une disponibilité accrue des préservatifs à proximité de l'axe routier principal Lomé-Cinkassé. Le gouvernement américain soutient également les efforts de sensibilisation à travers un réseau de volontaires du Corps de la Paix en milieu rural surtout.

2.6. Autres Partenaires au Développement

Burkina Faso

L'évolution de l'organisation de la réponse nationale au VIH/SIDA au Burkina Faso montre qu'il y a une compréhension de plus en plus affinée de la gravité du problème et un engagement

plus marqué de la communauté internationale. Celle ci a décaissé (comme le montre le tableau VII) 29 millions de dollars US sur la période 1990-1998, soit près de 85% des ressources mobilisées au profit de la lutte contre le VIH/SIDA.

Tableau 11 : Répartition des décaissements effectifs de fonds provenant des partenaires au développement en soutien à la lutte contre le VIH/SIDA (1990-1998)

Typologie de l'aide extérieure	Montants (USD)	Valeur (%)
Investissements et équipements	16 530 000	56,2
Coopération technique	8 430 000	28,7
Formation	2 880 000	9,8
Divers	1 560 000	5,3
TOTAL	29 400 000	100,0

Sources : PNUD, Rapport sur la coopération, 1996-1998 et SP/CNLS, Rapport d'activités, 1996-1999

L'essentiel de ces décaissements est allé en appui aux interventions de réduction de risque de la transmission du VIH et pour le renforcement de la réponse communautaire au VIH/SIDA. Le budget alloué à la prise en charge des malades du SIDA a été insuffisant et les priorités pour l'attribution des fonds mal définies.

Entre 1996 et 2000, la contribution des partenaires au développement s'est élevée à près de 22 millions de dollars US. Cela représente 16,5% de leur contribution au budget du secteur santé.

Les partenaires au développement qui soutiennent la lutte contre le VIH/SIDA au Burkina Faso sont constitués par

- Les agences du Groupe Thématique des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA Burkina Faso) et le Secrétariat de l'ONUSIDA (Genève),
- Les coopérations multilatérales et bilatérales,
- Les ONG internationales.

Tableau 12 : Domaines d'intervention des partenaires au développement

		Domaines d'intervention			
		IEC	PEC VIH/SIDA	Equipements / Réactifs	Appui Institutionnel
Coopérations multilatérales et bilatérales	PNUD				
	BM			X	X
	OMS	X		X	X
	ONUSIDA	X	X		
	FNUAP				
	UE				
	France	X	X	X	X
	Pays Bas		X		X
Canada					
ONG internationales		X	X	X	X

Source : CNLS

Cameroun

La coopération bilatérale entre le Cameroun et les autres pays développés dans le domaine de la santé a surtout été marquée par le renforcement des soins de santé primaire dont l'unité opérationnelle est le district sanitaire. Chaque province a été affiliée à une coopération spécifique qui y a soutenu un plan de développement sanitaire. Dans ce contexte, la réponse à l'épidémie VIH/SIDA n'a malheureusement pas bénéficié d'une coordination suffisante à l'échelle nationale quant à la politique, aux normes et aux procédures.

Jusqu'à la fin de 1999, la lutte contre le SIDA au Cameroun a été menée par les agences des Nations Unies sans la coordination d'un bureau local de l'ONUSIDA. Au cours de la période 1997-2000 les agences des Nations Unies, sous la coordination du PNUD, ont soutenu le PNLs à travers des projets d'intervention, le renforcement de sa capacité et surtout l'élaboration d'un plan stratégique national après une analyse de la situation et une analyse de la réponse.

La présence des autres partenaires au développement a permis au Cameroun de prendre en charge certains de ses malades de Yaoundé sur le plan thérapeutique avec les Anti-Rétrovirau et surtout la création d'un Centre de Production des Tests de Dépistage du SIDA (Camdiagnostix).

Tableau 13 : Domaines d'Intervention des Partenaires au Développement

	Transfusion Sanguine	Surveillance Epidémiologique	Condoms	Fonctionnement	IEC	PEC	IST
BM		X			X		
France	X	X	X	X	X	X	X
FNUAP			X		X		X
GTZ	X				X		
OMS	X	X		X	X	X	X
PNUD					X		
UNICEF							
UNESCO							
UE		X	X		X	X	X
USAID			X		X		

(Source: ONUSIDA Cameroun)

Côte d'Ivoire

Dès 1987, l'OMS a aidé le gouvernement de Côte d'Ivoire à élaborer puis mettre en oeuvre divers plans stratégiques. Cette assistance a continué à travers le GPA jusqu'en 1995. A partir de 1996, les efforts des agences onusiennes ont été coordonnés par le bureau pays de l'ONUSIDA nouvellement installé et matérialisé par la mise sur pied d'un groupe thématique qui s'est progressivement élargi aux autres acteurs de la lutte contre le Sida. Le PNUD dans le cadre d'un projet de mobilisation communautaire à San-Pédro, Aboisso et Bondoukou a financé des activités génératrices de revenus et le FNUAP a soutenu la promotion du préservatif féminin. L'UNICEF en collaboration avec l'ONG Lumière Action apporte un soutien aux orphelins et enfants vulnérables de la ville d'Abidjan et de Bouaké. Quant à la Banque Mondiale elle a prévu

dans le cadre du PDSSI soutenir la mise en oeuvre des plans stratégiques 1996-1998 et 2001-2005.

La coopération française à partir de 1994 dans le cadre du Projet Santé Abidjan a formé des prestataires des formations sanitaires de la ville d'Abidjan puis ceux de la région des lagunes à la prise en charge médicale du VIH/Sida et des MST. 50 000 tests rapides ont été offerts au PNLs et une Unité de Soins Ambulatoires et Conseils (USAC) a été construite au CHU de Treichville. En 1996, la formation des personnes de santé à la prise en charge du Sida s'est étendue aux autres régions du pays dans le cadre du projet FAC/HDJ. Près de 300 agents de santé toutes catégories confondues ont été formés pendant que la distribution des tests rapides se faisait.

Le programme PAC-CI (PNLS, ANRS, Coopération Française) est un programme de recherche franco-ivoirien axé sur la prévention de l'infection et la prise en charge des patients vivant avec le VIH. Dans le passé, les projets Ditrame et Cotrimo-CI, par leurs résultats probants, ont permis l'élaboration de recommandations nationales pour la PTME et la prévention des infections opportunistes. Aujourd'hui, le projet Ditrame Plus, évalue un paquet d'interventions destinées à diminuer le risque de Transmission de la mère à l'enfant, ainsi que la morbidité des enfants nés de mères infectées. D'autres projets sont en cours : Primo-ci, cohorte de patients à date de séroconversion connue, Expo-Ci, cohorte prévaccinale de patients séronégatifs, et Cotrame qui regroupe les patientes Ditrame et les patients Cotrimo-CI et étudie la tolérance au Cotrimoxazole pris au long cours. D'autres projets sont en préparation. Dans le cadre de la mise en oeuvre de ces projets, la coopération française a construit un laboratoire très bien équipé (CeDReS) qui, en plus de ces activités de recherche, soutient les activités cliniques du CHU de Treichville en facilitant le diagnostic et le suivi biologique des malades.

D'autres partenaires au développement ont également soutenu le PNLs dans ses efforts de juguler la pandémie en Côte d'Ivoire. La coopération allemande à travers la KfW et la GTZ a soutenu dans la région du Haut Sassandra et la région des Montagnes des activités de prévention du Sida et de prise en charge des MST (création d'un dispensaire antivénérien à Daloa). La coopération belge dans le cadre d'un programme global d'accès aux soins de santé primaire a renforcé la prise en charge des MST dans la région du Moyen-Comoé. La coopération canadienne à travers le projet Sida 2 s'est surtout focalisée sur la prise en charge des MST dans les cliniques privées des villes d'Abidjan et de Bouaké ainsi que dans les sociétés agro-industrielles.

Togo

La lutte contre le VIH/SIDA est également soutenue au Togo par d'autres partenaires bilatéraux et multilatéraux. Le groupe Thématique ONUSIDA-TOGO créé pour appuyer le Gouvernement Togolais (représenté par le Directeur du PNLs) par une action conjointe et coordonnée des agences du système des Nations Unies (OMS, UNICEF, FNUAP, Banque Mondiale, UNESCO, FAO) est élargi aux autres partenaires bi et multilatéraux (Union Européenne, GTZ, Coopération Française, CARE International, SFPS) ainsi qu'à des collectifs d'ONG (FONGTO, UONGTO). Le Groupe Thématique Elargi constitue ainsi un cadre de concertation et de coordination susceptible de favoriser l'émergence d'orientations stratégiques consensuelles.

La présidence du Groupe Thématique qui a été assurée de 1995 à février 2000 par l’OMS, est actuellement assurée par le FNUAP. Le groupe Thématique ONUSIDA-TOGO a élaboré un plan de travail 2000-2001 et se réunit en moyenne une fois tous les deux mois.

Tableau 14 : Domaines d’Interventions des partenaires au développement au Togo

	IEC	PEC	IST	Réactifs	Surveillance Epidémiologique	Condoms	A.I.	A.M.	PTME	CDV
ONUSIDA	X	X					X	X		
PNUD							X	X		
FNUAP	X					X				
UNICEF	X			X					X	
OMS		X		X	X		X			
B.M.	X						X	X		
UE	X	X		X		X				
FRANCE		X		X						X
USAID	X		X			X				
GTZ	X			X	X					

Source : ONUSIDA, Togo

B.M. :Banque Mondiale

UE : Union Européenne

A.I. : Appui Institutionnel

A.M. : Appui à la Multisectorialité

PTME : Prévention de la Transmission Mère-Enfant

CDV : Conseil et Dépistage Volontaire

2.7. Organisations Non-Gouvernementales (ONG)

Burkina Faso

Le tissu associatif est très dense au Burkina Faso avec plus d’une centaine d’ONG de lutte contre le VIH/SIDA réparties sur l’ensemble du territoire. Bien qu’elles soient nombreuses, la grande majorité des ONG se trouvent regroupées dans les deux grandes villes que sont Ouagadougou et Bobo-dioulasso.

Parmi les associations de lutte contre le VIH/SIDA présentes à Ouagadougou, 94% ont été créées entre 1990 et 2000.

L’implication des ONG dans la lutte contre le VIH/SIDA n’a été effective qu’au début des années 90 et elle était essentiellement axée sur la prévention. Elles s’occupaient essentiellement de sensibiliser la population générale et parfois des populations cibles telles les travailleuses de sexe et les jeunes (AFAFSI, ABBEF, URBLIS, IPC, la Bergerie, SOS-SIDA, etc..).

Au milieu des années 90, à la faveur de divers projets de recherche comme le projet DITRAME (projet de prévention de la transmission mère-enfant financé par la Coopération française et exécuté à Bobo Dioulasso au Centre Muraz), des PVVIH se sont regroupées en

association (YERELON, REVS+) pour répondre aux besoins psychosociaux des pairs dont la prise en compte n'a pas été prévue par le projet.

Au niveau de Ouagadougou la disponibilité croissante des services de prise en charge des PVVIH a été favorisée par la mise en place d'un Centre de Traitement Ambulatoire (CTA) et la création d'associations de PVVIH et de personnes affectées par le VIH (A LA VI, AAS, URBLIS, AJPO, Vie Positive). Quelques initiatives de prise en charge ont vu le jour dans d'autres provinces (Yatenga, Sanmatenga, Passoré, Mouhoun) mais elles se limitent à la prise en charge psychosociale. Ailleurs au Burkina Faso, la lutte contre le VIH/SIDA se résume souvent à la prévention.

Cameroun

Les ONG ont été actives dès le début de l'épidémie en s'impliquant dans la prévention du VIH/SIDA. Un certain nombre d'entre elles sont nées en réponse à l'épidémie alors que d'autres qui intervenaient déjà dans la santé, ont développé des interventions dans le domaine du VIH/SIDA. Pendant longtemps, les actions des ONG de lutte contre le Sida se sont limitées à la sensibilisation de la population en général et à l'éducation de certaines populations à risque et/ou vulnérables (jeunes, travailleuses du sexe). Bien que présentes dans les autres provinces du pays, c'est à Yaoundé et Douala que se concentrent la majorité des ONG.

Au milieu des années 90, le nombre croissant des PVVIH a suscité une réorientation de l'action de certaines ONG vers les soins et soutien aux PVVIH. Bien souvent, ce sont les PVVIH et les personnes affectées par le VIH qui se sont organisées pour offrir ces services de soins et soutien aux pairs. Ces ONG pionnières (AFSU, AFASO, SWAA) ont greffé leurs activités sur les activités de prise en charge médicale des PVVIH progressivement organisées dans les structures de santé. De plus en plus, d'autres ONG (CAMNAFAW, CHP) se sont intéressées à la prise en charge des PVVIH notamment au sein des populations défavorisées (travailleuses du sexe) ou à la prise en charge des femmes en général avec un programme de prévention de la transmission mère-enfant (soutenu par fondation Chantal Biya).

Quant à la mobilisation communautaire, elle a surtout porté sur la sensibilisation et non la PEC et certaines ONG telle que CHP ont acquis une expérience en la matière.

Côte d'Ivoire

L'implication des ONG dans la prise en charge a été effective au début des années 90 avec la création de l'ONG Hope Worldwide et elle s'est renforcée en 1994 par la création des deux premières ONG de PVVIH (Lumière Action et Club des Amis). Hope Worldwide a ouvert un Centre d'Assistance Socio-Médicale (CASM) qui s'est consacré à la prise en charge médicale et psychologique des PVVIH diagnostiquées sans counseling dans les différentes formations sanitaires et les hôpitaux.

Progressivement d'autres ONG de PVVIH ont vu le jour et un réseau de PVVIH est né. Les différentes ONG ont démarré au niveau de leur siège respectif des activités de conseils (Lumière Action, Amepouh, Club des Amis, Ruban Rouge, GAP+PS). Puis leurs activités se sont diversifiées et les PVVIH ont pu bénéficier de visites à domicile (Lumière Action, Amepouh, Club des Amis, GAP+PS, Lumière Action), de soutien économique (Ruban rouge, Club des

Amis), de suivi des orphelins et des enfants vulnérables (Lumière Action, Sidalerte). Au niveau de l'intérieur du pays, deux sections de Lumière Action ont vu le jour à Bouaké et Korhogo. Leurs actions restent cependant très timides et se limitent aux réunions d'auto-support et aux conseils dans les CIDV des villes sus-citées.

Togo

Des 136 ONG de lutte contre le SIDA recensées au Togo, 93 (68%) sont basées dans la région maritime (qui comprend Lomé commune). Parmi ces ONG, seules 36 sont affiliées au PNLS. Certaines ONG ont essayé de s'organiser en réseau comme le Réseau National des Associations et ONG ayant un Programme MST/SIDA baptisé «Forum SIDA».

Les ONG du Togo à l'image des ONG sœurs des autres pays d'Afrique de l'ouest et du centre ont surtout été actives dans la prévention par le développement de campagnes de sensibilisation en direction essentiellement de la population générale surtout, et parfois en direction des groupes vulnérables et/ou à risque tels les jeunes et les travailleuses du sexe (PSAMA avec l'ONG FAMME).

Parmi ces ONG, la seule association de PVVIH – Espoir et Vie – a été créée en 1995 à l'initiative du Réseau africain des PVVIH (RAP +) et initie depuis lors des activités de PEC psychosociale et communautaire en direction des PVVIH. Parallèlement d'autres ONG préexistantes ont intégré la prévention et la prise en charge du VIH/SIDA à leurs activités (Aide Médicale et Charité-AMC, Arc-en-Ciel, ASPROFEM).

III. Analyse de la Situation des Soins et Prise en Charge du VIH/SIDA et des IST

3.1. Conseil, Dépistage et Accompagnement Psychologique des PVVIH

Le VIH/SIDA est très souvent associé à une profonde détresse psychologique à laquelle la PVVIH et/ou sa famille doit faire face à divers stades de l'infection. L'organisation de la prise en charge psychologique des PVVIH et de leurs familles est donc indispensable pour les aider à faire face à leurs divers sentiments et émotions.

Les services de Conseil Dépistage Volontaire (CDV) constituent un moyen important de prise en charge des personnes infectées et/ou affectées par le VIH/SIDA. Ces services sont en outre d'une grande importance car ils représentent la porte d'entrée de divers autres services tels que :

- La prévention de la transmission de la mère à enfant
- La prévention et la prise en charge clinique de la tuberculose et des autres infections opportunistes
- Et le soutien communautaire (psychologique, social, économique, etc...)

Burkina Faso

Au Burkina Faso, l'importance accordée aux activités de CDV est réelle. Elle se vérifie à travers le souci des autorités sanitaires du pays de réglementer l'organisation et la pratique des activités de PEC psychosociale des personnes infectées et affectées par le VIH. A ce sujet un document définissant les normes et directives de PEC est en cours d'élaboration.

L'importance accordée au CDV se traduit surtout par le rôle prépondérant joué dans ce domaine par les associations de personnes infectées et affectées par le VIH.

En effet, nombreuses sont les ONG ou associations qui sont organisées individuellement ou en réseaux pour offrir des services de CDV et anonyme. C'est ainsi qu'à Ouagadougou 7 associations regroupées au sein du CICDoc fournissent chacune à son siège et collectivement au siège du réseau qu'ils ont constitué, des services de CDV. Il en est de même à Bobo Dioulasso où l'APRODEC à travers le centre d'accueil, de dépistage et d'informations (CADI) qu'il a créé, offre le CDV.

L'organisation d'un système cohérent de référence entre les services de CDV, les autres services de soins et les organisations à base communautaire permet d'assurer une prise en charge globale des personnes infectées et affectées par le VIH.

Au Burkina Faso, les services de CDV ne sont pas en relation formelle avec les autres services de soins étatiques ou communautaires pour assurer le continuum de soins dont les clients ont vraiment besoin. C'est uniquement sur la base des relations personnelles qu'ils entretiennent avec les autres prestataires de soins et services que les conseillers arrivent à orienter et à faire bénéficier leurs clients des autres services.

La formation des prestataires de counseling et leur recyclage permettent en partie d'assurer au conseil sa qualité à travers le savoir, le savoir faire et le savoir être du conseiller.

Les activités de formation au counseling sont pour la plupart organisées par les associations et ONG soit en direction de leurs propres membres, soit à l'intention des conseillers d'autres associations. Ces activités de formation sont habituellement menées par l'ONG Initiative Privée Communautaire (IPC) ainsi que des associations telles que le CICDOC et l'APRODEC.

La plupart des associations offrant des services de CDV disposent donc d'un personnel qualifié mais le plus souvent insuffisant pour faire face à la demande de plus en plus croissante de dépistage volontaire. La preuve de cette forte demande est apportée par le nombre élevé de personnes (1500) venues se faire dépister en une semaine au CICDoc, à l'occasion des manifestations marquant la récente journée mondiale de lutte contre le SIDA (Décembre 2000). Hormis cette activité ponctuelle, 200 personnes en moyenne, sont reçues par mois au CICDoc pour le CDV. Quant au centre CADI de Bobo, le nombre moyen de clients qu'il reçoit est passé de 15 personnes par mois en 1996 à 82 par mois en l'an 2000, puis à 132 personnes reçues au mois de janvier 2001.

Pour faire face à la demande de CDV, les associations rencontrées souhaitent augmenter le nombre de conseillers au sein de leurs structures d'une part et décentraliser leurs sites de prise en charge d'autre part.

Le suivi ou accompagnement psychologique des personnes dépistées et de leurs proches est le plus souvent assurée par les OBC à travers les Visites à domicile ou à l'hôpital, les Groupes de parole et l'Accompagnement des patients dans les services de santé. La plupart des associations de personnes infectées et affectées par le VIH, notamment celles oeuvrant à Ouagadougou et Bobo Dioulasso, offrent ces services. De même, le CTA, outre ses activités de soins ambulatoires, travaille de concert avec certaines associations pour assurer la continuité des soins. C'est dans ce cadre qu'il organise des groupes de parole afin d'aider les PVVIH et leur entourage à atténuer le stress causé par l'annonce de la séropositivité.

Concernant le dépistage proprement dit, il est pratiqué au niveau d'un certain nombre de laboratoires avec lesquels les associations prestataires des services de CDV ont établi un partenariat. Il s'agit en général de laboratoires équipés en matériels et réactifs appropriés, réalisant des tests selon les directives nationales contenues dans un document de politique, normes et procédures qui existe et serait en révision. Un recensement des différents tests existant a été fait par le CNLS avec l'aide du Centre Muraz et une liste des tests recommandés est disponible. Le prix des tests de dépistage varie de 500 F CFA au CADI à 1 300 F CFA au CICDoc. Des institutions privées et étatiques offrent aussi des services de dépistage dont les prix varient entre 3 500 et 15 000 F CFA.

L'accès au dépistage est donc limité et n'est pas très accessible dans les zones rurales ni pour les couches économiques défavorisées.

Les informations relatives à la nature des réactifs et aux protocoles de testing utilisés dans le cadre du dépistage sont données dans le chapitre suivant (Diagnostic et suivi biologique de l'infection à VIH).

Au terme de la description de l'offre et de la demande de CDV au Burkina Faso, plusieurs facteurs peuvent être favorables ou non à l'épanouissement du CDV. Ce sont :

Opportunités :

- La diversité des services de CDV,
- La volonté du SP-CNLS d'organiser et de réglementer le CDV à travers l'élaboration d'une politique de prise en charge des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA,
- Le soutien important des partenaires au développement en faveur du CDV,
- L'existence de l'offre de renforcement de capacités et de financement constituée par l'ONG IPC,
- La volonté des responsables politiques de rendre les services de CDV disponibles dans d'autres régions du pays.

Contraintes :

- L'absence de supervision des services de CDV,
- L'absence de contrôle de qualité du CDV,
- La réticence des personnels de santé vis à vis du CDV.

Cameroun

L'importance des activités liées au soutien psychologique a été reconnue par les autorités sanitaires assez tôt dans l'histoire de l'épidémie du VIH au Cameroun. Cette reconnaissance se traduit dans les activités suivantes qui ont été entreprises:

- La formation en counseling dès 1989, des personnels de santé et des membres des associations de personnes infectées ou affectées par le VIH,
- L'élaboration d'un guide de prise en charge des PVVIH (1992)
- La production et l'adoption de manuels de formation en counseling (pour la prise en charge psychosociale du SIDA) en 1998

Bien que l'importance du CDV et de la prise en charge psychologique soit généralement reconnue au Cameroun et malgré les efforts déjà entrepris, les activités de CDV au Cameroun demeurent circonscrites au milieu hospitalier et restent encore d'un accès assez limité. Le soutien psychologique est essentiellement fourni par quelques ONG et associations des personnes vivant avec le VIH/SIDA (ex: SWAA, AFSU, AFASO, MERO) qui interviennent au niveau des centres de santé qui offrent des soins aux PVVIH.

La demande de la population en services CDV semble importante à en croire les différents prestataires que nous avons rencontrés et interviewés. En effet, lors de la dernière semaine camerounaise de lutte contre le SIDA en fin novembre 2000, l'hôpital du jour à Yaoundé et la SWAA à Douala avaient organisé chacune une campagne de dépistage anonyme et gratuit. Ces campagnes ont enregistré la participation en cinq jours de 2500 et 1730 clients respectivement à l'hôpital du jour et au centre de conseil de la SWAA Douala. Cela traduit visiblement l'existence d'une demande non encore satisfaite des services de CDV.

Cette demande pourrait être en partie satisfaite par la création de 10 centres de dépistage sur toute l'étendue du territoire envisagée par le PNLs à travers son plan stratégique 2000-2005 et son plan d'urgence 2000-2001.

Il n'a pas été possible au cours de cette analyse faute de temps, de faire des arrangements nécessaires pour évaluer de façon formelle le counseling en terme de procédure, de contenu et de qualité. Néanmoins, sur la base des discussions avec un certain nombre des personnes pratiquant le counseling, on a noté que malgré une bonne formation (spécialement à l'hôpital du jour de Yaoundé et à la SWAA Douala) et une bonne connaissance, la plupart des conseillers qui font le counseling le font de façon peu satisfaisante posant ainsi le problème de la qualité du counseling. L'existence d'un guide pratique de counseling élaboré sous coordination du PNLs reste bien souvent méconnue des personnes impliquées dans la prise en charge psychosociale du VIH/SIDA.

Malgré le nombre relativement important de séances de formation dispensée en counseling, la plupart des personnes formées ne pratiquent plus le counseling. Des nombreux personnels de santé et membres d'ONG actuellement pratiquant le counseling ont exprimé le vœu de bénéficier d'une formation.

La confidentialité constitue une des principales caractéristiques du counseling VIH. Pourtant, lors des visites qu'elle a effectuées dans les formations sanitaires, notre équipe a constaté par endroits le respect peu rigoureux de la confidentialité des informations recueillies sur les patients reçus. Les données (statut sérologique notamment) mentionnées dans les registres sont, dans certaines structures sanitaires visitées, facilement accessibles non seulement à l'ensemble du personnel mais aussi à toute personne extérieure au service.

Concernant le dépistage du VIH proprement dit, il se déroule dans les principaux établissements sanitaires de niveau central, intermédiaire et périphérique. Il est à noter l'utilisation de divers protocoles reposant sur l'utilisation de tests rapides et de tests de confirmation en fonction du plateau technique disponible au niveau de chaque établissement. Il n'existe pas un protocole standardisé pour le diagnostic du VIH. Les détails sur les différents tests disponibles ainsi que les protocoles de diagnostic sérologique appliqués sont abordés dans le chapitre suivant (Diagnostic de l'infection à VIH).

Les personnes utilisant les services de CDV ont des besoins variables en fonction de leurs situations particulières. Ceux-ci peuvent aller d'un simple besoin de parler à quelqu'un qui attend le résultat de son test pour apaiser son anxiété jusqu'au besoin de trouver des structures de prise en charge des enfants de malades mourant de SIDA. Cette variabilité des besoins justifie l'organisation d'un bon système de référence entre les services de CDV et les autres services de soins et de prise en charge pour les PVVIH.

Un tel système de référence est malheureusement quasi-absent au Cameroun. Le CDV n'est pas encore vraiment utilisé comme porte d'entrée pour accéder aux autres services de soins et de prise en charge. L'hôpital Laquintinie à Douala et l'hôpital de jour à Yaoundé sont les deux seules structures où l'implication de la SWAA, de l'AFSU et de AFASO permet un certain degré de référence et de suivi à domicile des PVVIH. Partout ailleurs, les activités de CDV sont très approximatives.

Au terme de notre analyse (du CDV) un certain nombre de facteurs pouvant favoriser et/ou freiner la mise en œuvre de services efficaces de CDV ont été identifiés.

Ce sont:

Opportunités:

- L'adoption par le GTC d'une politique nationale de prise en charge psychosociale des PVVIH,
- La reconnaissance par le GTC de l'importance du dépistage volontaire. Celle-ci se traduit, dans le plan d'urgence 2000-2001, par la promotion du dépistage à travers la création prochaine de centres de dépistage,
- L'implication des associations de personnes infectées ou affectées par le VIH dans la prise en charge psychosociale effective des patients et de leur entourage
- L'existence de guides à l'usage des prestataires et des formateurs.

Contraintes:

- L'insuffisance de ressources humaines (personnels de santé et membres d'ONG) capables d'assurer une prise en charge psychosociale des PVVIH,
- La compétence technique limitée des ressources humaines disponibles pour le CDV,
- L'insuffisance de ressources matérielles et financières indispensables à une meilleure prise en charge des PVVIH,
- Un déficit de coordination des activités des associations de personnes infectées ou affectées par le VIH,
- L'inexistence d'un système de référence et de contre référence cohérent entre les services de CDV, les autres services de santé et les ONG

Côte d'Ivoire

La prise en charge a été mentionnée dans le premier plan stratégique du PNLIS. Mais ce n'est qu'au début des années 90 avec les différents projets de prévention de la transmission mère-enfant que son importance a pris de l'ampleur et qu'elle a véritablement été intégrée dans les activités de lutte contre le VIH en Côte d'Ivoire. Dans le même temps, la coopération allemande (GTZ) et la coopération française (PSA) ont tenté de décentraliser et d'intégrer la prise en charge du VIH/SIDA dans la pratique ambulatoire de routine des formations sanitaires publiques des régions qu'elles soutiennent (respectivement la région du Haut Sassandra et la région des Lagunes).

En 1992, le premier Centre de Conseil et Dépistage volontaire a été ouvert à Abidjan. Situé au Plateau dans la commune des affaires, ce centre (le CIPS) est animé par une ONG (ESPOIR-CI). Ce centre offre des services de conseil et de dépistage gratuit aux clients qui désirent connaître leur statut sérologique. Lorsque le consentement du client est acquis, le prélèvement est effectué le jour même pour le dépistage et le résultat du test est disponible deux semaines plus tard. Le résultat du test est annoncé au cours d'un post-counseling par les conseillers du CIPS. Pour le suivi psychologique, les clients séropositifs sont référés à d'autres structures de PEC. Le CIPS est également un centre de formation qui organise des stages de formation en counseling pour des conseillers ivoiriens et ceux venus de la sous région Ouest africaine.

A la faveur de divers projets de prévention de la transmission mère-enfant du VIH initiés à Abidjan (DITRAME, RETRO-CI) la prise en charge psychologique a été un volet qui a fait l'objet d'une attention particulière. En plus des conseillères formées pour le counseling, des femmes vivant avec le VIH ont assuré l'accompagnement psychologique des pairs dépistés. Cette activité de soutien psychologique des femmes séropositives a suscité la création en 1997 de l'unique association de femmes vivant avec le VIH de Côte d'Ivoire dénommée «*AMEPOUH*». Cette ONG ainsi que d'autres (Lumière Action, Ruban Rouge/Centre Plus, Club des Amis, GAP+PS) offrent des services de suivi psychologique à différents endroits (leur siège ou dans certains centres de suivi médical des PVVIH). Au sein du siège de Lumière Action en réfection au CAT d'Abobo, il est prévu avec le soutien financier de la coopération française d'offrir des services de conseil et dépistage volontaire par les membres de l'ONG.

A l'échelle du pays, trois autres CDV ont été ouverts. Les centres de Bouaké et de Korhogo soutenus par la coopération française et celui de Daloa par la GTZ (le financement prend fin en mars 2001). Le Centre d'Informations et de Dépistage Volontaire (CIDV) de Bouaké est géographiquement intégré au CHU de ladite ville. Le dépistage y est volontaire et gratuit selon la stratégie qui utilise deux tests rapides (Determine®, Genie II®) de principes antigéniques différents après un pré-test conduit par deux conseillers. Les membres de la section Bouaké de Lumière Action y assurent un soutien psychologique qui est poursuivi au centre SAS où les PVVIH sont référées pour l'accompagnement psychologique. De mars à décembre 2000, le CIDV de Bouaké a réalisé 1422 tests dont 369 positifs (soit 26%). Le CIDV de Korhogo est une structure géographiquement autonome située au centre ville et fonctionne sur le même modèle que celui de Bouaké. En l'an 2000, le CIDV de Korhogo a dépisté 940 personnes (575 hommes et 365 femmes) parmi lesquelles 114 (12,13%) étaient positives et 08 (0,85%) indéterminées. A Daloa le CDV est intégré au CAT et fonctionne à mi temps en raison d'un personnel insuffisant.

A Abengourou, des structures de santé ont déjà été identifiées par le Projet RETRO-CI pour abriter les activités de dépistage du VIH : le centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI) abritera les activités de prévention de la transmission mère enfant, le laboratoire du Centre Hospitalier Régional (CHR) est choisi pour le dépistage des personnes malades et le Centre AntiTuberculeux (CAT) est retenu pour le dépistage volontaire et celui des malades tuberculeux. Les travaux de réhabilitation des locaux devant abriter les services de CDV au CAT sont en cours de réalisation.

Il n'a pas été possible au cours de cette analyse faute de temps, de faire des arrangements nécessaires pour évaluer de façon formelle le counseling en terme de procédure, de contenu et de qualité. Cependant, le constat est que le CIPS éprouve depuis quelques temps des difficultés à faire face à la demande croissante de dépistage. Le CIPS fonctionne avec un conseiller permanent qui est parfois aidé par des vacataires plus souvent absents que présents. Le nombre de tests de dépistage effectués est limité à 20 par jour. Le seul conseiller présent fait le conseil pré-test. Pour ceux qui viennent pour la première fois, le counseling pré-test est un counseling de groupe alors que le counseling de contrôle est individuel.

L'accompagnement psychologique est le fait généralement de bénévoles eux-mêmes séropositifs qui n'ont le plus souvent que leur volonté et leur disponibilité. Ils n'ont pas été formés et les guides de soutien psychologiques disponibles à leur usage ne prennent pas en compte tous les aspects du soutien des PVVIH et des PAVIH notamment à domicile. Ces guides gagneraient donc à être révisés et diffusés largement.

Les discussions avec les personnels de santé des formations sanitaires publiques ont révélé des besoins énormes en formation surtout en stage pratique de counseling. De nombreuses séances de formation multidisciplinaire (accordant trois heures seulement de formation théorique au counseling) ont été organisées par le PNLS avec le soutien financier de la coopération française. Cependant le contenu des formations et le manque de suivi des personnes formées n'ont pas permis à bon nombre d'entre eux de pratiquer systématiquement le counseling.

La confidentialité constitue une des principales caractéristiques du counseling VIH. Dans les hôpitaux et les formations sanitaires publiques, la confidentialité est souvent violée sous la

pression des familles des PVVIH qui veulent connaître de quoi souffre leur parent. Généralement, les registres sont mal conservés et accessibles aussi bien aux autres personnels de la structure qu'à des personnes externes au service.

Les personnes utilisant les services de CDV ont des besoins variables en fonction de leurs situations particulières. Ceux-ci peuvent aller d'un simple besoin de parler à quelqu'un qui attend le résultat de son test pour apaiser son anxiété jusqu'au besoin de trouver des structures de prise en charge des enfants de malades mourant de SIDA. Cette variabilité des besoins justifie l'organisation d'un bon système de référence entre les services de CDV et les autres services de soins et de prise en charge pour les PVVIH.

Un tel système de référence est limité à Abidjan du fait du manque d'information sur les différents services existants mais aussi du fait de la résistance de certaines ONG à collaborer ensemble. Au niveau de l'intérieur du pays, Bouaké tire son épingle du jeu. Il y existe un système de référence fonctionnelle entre les différentes institutions (RSB, Centre SAS, Lumière Action, hôpital du jour, OSEAC, Centre Saint-Camille) qui collaborent avec le CIDV et entre elles pour tenter d'offrir une prise en charge globale avec un « continuum » d'activités aux PVVIH.

Au terme de notre analyse (du CDV) un certain nombre de facteurs pouvant favoriser et/ou freiner la mise en œuvre de services efficaces de CDV ont été identifiés. Ce sont:

Opportunités:

- L'existence d'un centre de formation (CIPS) en counseling
- La reconnaissance par l'ex PNLs/MST/TUB de l'importance du dépistage volontaire.
- L'implication des associations de personnes infectées ou affectées par le VIH dans la prise en charge psychosociale effective des patients et de leur entourage
- L'existence de guides à l'usage des prestataires et des formateurs.

Contraintes:

- L'insuffisance des CDV au niveau national
- L'insuffisance de ressources humaines (personnels de santé et membres d'ONG) capables d'assurer une PEC psychosociale correcte des PVVIH,
- La compétence technique limitée des ressources humaines disponibles pour le CDV,
- L'insuffisance de ressources matérielles et financières indispensables à une meilleure prise en charge des PVVIH,
- Un déficit de coordination des activités des associations de personnes infectées ou affectées par le VIH,
- L'inexistence d'un système de référence et de contre référence cohérent entre les services de CDV, les autres services de santé et les ONG

Togo

L'importance du Conseil Dépistage Volontaire (CDV) dans la prévention et la prise en charge de l'infection à VIH mérite d'être toujours rappelée. En effet, le CDV représente la porte d'entrée de divers autres services tels que :

- La prévention de la transmission mère enfant,
- La prévention et la prise en charge clinique de la tuberculose et des autres infections opportunistes,
- Et le soutien social.

Au Togo, l'importance du counseling des Personnes infectées et affectées par le VIH a été perçue assez tôt par les autorités sanitaires du pays. Cela s'est traduit par

- L'élaboration en 1993 des guides (de formateurs des conseillers psychosociaux, du conseiller psychosocial) révisés en décembre 1999,
- La formation au counseling, entre 1991 et 1995, de 546 personnes dont plus de 80% sont des personnels de santé : médecins, infirmiers, sage femmes, assistants d'hygiène, techniciens supérieurs, agents de promotion sociale, techniciens de laboratoire,
- L'ouverture d'un centre de conseil, de dépistage et de documentation (CCD) à Lomé.

La formation au counseling comme toute formation permet d'acquérir des compétences, c'est à dire le savoir (connaissance), le savoir-faire (aptitude) et le savoir être (attitude). Il s'agit de donner au conseiller les connaissances, aptitudes et attitudes nécessaires à la bonne pratique du conseil dont le but est

- De permettre au patient et à son entourage de vivre positivement le nouveau statut sérologique
- De réduire l'impact personnel, familial et communautaire de l'infection.

L'accent mis sur la formation des personnels de santé au Togo n'a cependant pas donné les résultats escomptés. Très peu d'agents de santé bien que formés pratiquent encore le counseling de manière satisfaisante. L'ensemble des partenaires et acteurs rencontrés souhaitent cependant un renforcement de la formation et un recyclage des personnels formés. De même une plus grande diffusion du guide de counseling élaboré devrait selon les mêmes acteurs et partenaires pouvoir améliorer la qualité et la couverture de la prise en charge psychosociale.

Contrairement aux personnels de santé qui ont bénéficié de la plupart des formations effectuées en counseling, ce sont plutôt les associations de personnes infectées et/ou affectées par le VIH (Espoir et Vie, FAMME, Arc-en-ciel, AMC) qui mènent avec le centre de conseil et de dépistage (CCD) la majeure partie des activités de counseling et de prise en charge psychologique qui sont essentiellement concentrées à Lomé.

Au Togo, l'unique centre de CDV que représente le CCD n'arrive plus actuellement à prendre convenablement en charge ses clients de plus en plus nombreux. Les 5 conseillers qui y sont en activité ne suffisent plus à gérer les besoins en conseil des 35 à 40 clients fréquentant

quotidiennement le centre. D'où la volonté du PNLIS et de ses partenaires de décentraliser la prise en charge psychosociale en créant des centres similaires dans chacune des régions du pays. Le CCD se consacre donc aux activités de conseil vis à vis des PVVIH et de leur entourage. Il ne lui est donc pas encore reconnu de rôle d'encadrement et de recyclage des personnels de santé et des membres d'associations pratiquant le conseil.

Malgré la volonté du PNLIS et de ses partenaires de décentraliser les activités du CCD, l'inexistence d'un document de politique de prise en charge psychosociale des PVVIH ne donne pas de visibilité à l'offre de services de CDV au Togo.

L'ampleur de la demande en counseling a conduit l'association Espoir et Vie à dispenser le conseil pré et post-test en collaboration avec le CCD. Ainsi 103 clients non-membres de l'association ont bénéficié en l'an 2000 des services de conseil et de soutien psychosocial au siège de Espoir et Vie.

L'existence d'un système de référence et contre référence bien défini entre les services de CDV et les autres services de soins de santé permet d'assurer une meilleure prise en charge (globale) des personnes infectées et affectées par le VIH.

Au Togo, la référence et la contre référence des PVVIH et de leur entourage ne sont pas organisées. Elle se fait selon les relations particulières qui lient les prestataires des différents services (CDV et autres) entre eux. Cette situation crée ainsi le lit d'une prise en charge approximative des clients qui réagissent à cela en fréquentant de moins en moins le système de soins.

La place du dépistage volontaire dans le processus de counseling (pré et post-test) est déterminante dans la mesure où l'orientation du conseil spécialement le plan de réduction du risque dépend de la nature de la sérologie VIH (test) du patient. La connaissance de ce statut sérologique passe en effet par les protocoles de tests réalisés et la disponibilité des réactifs nécessaires à la pratique des tests.

Concernant les protocoles de dépistage VIH utilisés, il s'agit le plus souvent de 1 ou 2 tests rapides avec ou sans confirmation par le test ELISA. De plus amples détails sur ces protocoles sont présentés dans le prochain chapitre relatif à la prise en charge du VIH/SIDA (Diagnostic de l'infection à VIH).

Quant à la disponibilité des réactifs, il ressort des rencontres que nous avons eues avec la plupart des partenaires et acteurs que des ruptures de stock de réactifs sont fréquentes concernant les tests de dépistage en général et les tests rapides en particulier depuis environ 6 mois. Cette situation constitue non seulement un frein au dépistage volontaire, mais elle pose particulièrement et avec acuité le problème de la sécurité transfusionnelle.

Le caractère volontaire du dépistage témoigne de l'engagement (éclairé) du client, non seulement à se faire prélever du sang en vue du test, mais aussi et surtout à en accepter le résultat quel qu'il soit. Le choc émotionnel qui accompagne très souvent l'annonce de la séropositivité du VIH, ainsi que la stigmatisation qui entoure encore cette infection expliquent la nécessité d'obtenir cet engagement de la part du client.

Malheureusement le caractère volontaire du dépistage du VIH ne semble pas être partagé par certaines personnes. En effet, il nous a été maintes fois rapporté par des personnels de santé (au CMS de l'OTP, au CHR de Tsévié, à Sokodé et à Atakpamé) que des tests VIH sont exigés par certains religieux avant de procéder au mariage de leurs fidèles. Certains personnels de santé ont déclaré tester leurs patients sans leur insu et les résultats remis aux membres de leur famille sans que les concernés en soient informés.

Au terme de cette analyse, les facteurs pouvant favoriser ou non le succès du CDV au Togo sont résumés ci-dessous :

Opportunités :

- Reconnaissance de l'importance du CDV par le PNLS
- Existence de guide de counseling révisé
- Volonté de collaboration entre les associations de PEC
- Volonté de multiplier et décentraliser les services de CDV au niveau de chaque région

Contraintes :

- L'absence de politique de prise en charge psychosociale des Personnes infectées et affectées par le VIH,
- La non-implication des personnels de santé (constituant le gros lot de personnes formées) dans la prise en charge psychosociale des PVVIH
- Un déficit de coordination des activités de CDV menées par le CCD et les associations de personnes infectées ou affectées par le VIH
- La stigmatisation et la discrimination liées au VIH/SIDA
- L'inexistence d'un système de référence et contre référence cohérent entre les services de CDV, les autres services de santé et les associations ou ONG

3.2. Soins et Prise en Charge des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA

3.2.1. Prise en Charge Médicale

Dans la plupart des pays, l'essentiel de la morbidité liée au VIH est le fait d'un nombre limité d'infections fréquentes ainsi que de leurs complications auxquelles les personnes infectées sont exposées. Il s'agit dans la majorité des cas de la tuberculose, des pneumonies, des diarrhées, de la candidose oro-oesophagienne. La reconnaissance de ces infections est généralement possible au niveau des centres de santé de premier niveau et des hôpitaux de district et elles peuvent être traitées avec succès avec des antibiotiques efficaces, accessibles et peu coûteux.

En plus de ces infections courantes, certaines affections en rapport avec le VIH nécessitent des traitements plus coûteux et pas toujours disponibles. Il s'agit de la toxoplasmose, de la cryptococcose, de la pneumonie à pneumocysti carinii, des infections à Herpes simplex

virus, à cytomégalovirus et aux mycobactéries atypiques. A cela s'ajoute certains cancers tels que le sarcome de kaposi et les lymphomes.

La prévention et le traitement des affections liées au Sida permettent de retarder l'évolution fatale en diminuant les rechutes et en ralentissant la dégradation du système immunitaire.

Burkina Faso

Diagnostic et suivi biologique de l'infection à VIH

Au niveau central, c'est le laboratoire de microbiologie du CHNYO qui assure le rôle de Centre National de Référence (CNR) pour le diagnostic de l'infection à VIH. Des algorithmes de dépistage et de diagnostic ont été élaborés et validés en collaboration avec le Centre Muraz à Bobo Dioulasso et ont été ventilés sur l'ensemble du territoire. Ces algorithmes respectent les recommandations de l'OMS notamment la stratégie II.

L'approvisionnement en tests est effectué à partir d'une commande globale par le CNLS qui les redistribue aux hôpitaux nationaux, aux directions régionales de la santé et aux hôpitaux régionaux. Cette commande se fait sur la base d'une liste de tests homologués (ICE HIV2, Murex, Immunocomb Bispot HIV ½, Determine, genscreen). Les tests antérieurement financés par l'OMS sont actuellement pris en charge par le PPLS.

Au niveau périphérique, les banques de sang et les sites sentinelles constituent les principaux points où il est possible de procéder à un dépistage ou à un diagnostic de l'infection. Ils sont le plus souvent intégrés aux CHR. Cinq sites sentinelles disposent de chaînes Elisa fonctionnelles. Les autres sites utilisent essentiellement les tests rapides.

Le suivi virologique et immunologique des malades est très limité. La charge virale n'est disponible qu'au Centre Muraz à Bobo Dioulasso. Quant à la mesure des CD4 et CD8, elle n'est disponible qu'au CNR et dans un laboratoire privé aux tarifs respectifs de 10 000 F et 17 000 F CFA. L'espoir semble cependant venir de la recherche opérationnelle entreprise au CTA (Dynabeads) et qui sera progressivement étendue aux principales formations sanitaires du pays.

Prise en charge clinique du VIH/SIDA

La demande de soins par les personnes vivant avec le VIH ou malades est importante au Burkina Faso. Selon certaines statistiques et les entretiens que notre équipe a eu avec les médecins hospitaliers, 50 % des malades hospitalisés dans les services de médecine des hôpitaux seraient infectés par le VIH.

Des données de 1998 permettent de se faire une idée du nombre de malades reçus par les formations sanitaires.

Tableau 15 : Répartition des patients selon les formations sanitaires.

Localité	Formation Sanitaire	Nombre
Ouagadougou	CHNYO	849
	CMA Pissy	40
	CMA secteur 30	56
	CMA Kossodo	31
	Dispensaire urbain	50
Bobo Dioulasso	CHNSS	<i>Non disponible</i>
	CMA secteur 22	40
	CSPS de PENI	16
	CSPS Urbain	02
Gaoua	CHR	85
	CSPS de Loropéni	38
	CSPS Bouroum –Bouroum	30

Source : CNLS

En dehors du Centre de Traitement Ambulatoire (CTA) dont l'ouverture est récente, il n'y a pas de structure hospitalière de référence pour les malades du sida.

Bien que les services de gastro-entérologie, de pneumo-phtisiologie et de maladies infectieuses hospitalisent le plus grand nombre de malades, ces services ne se considèrent pas comme des services de référence pour la prise en charge du sida. En fait les malades y sont hospitalisés pour des affections en rapport avec l'infection à VIH et traités pour ces affections dans le cadre d'une prise en charge médicale ordinaire.

Théoriquement, la prise en charge des malades du sida s'entend dans un cadre intégré au système de santé du pays. Cette option se heurte cependant au manque de formation d'une grande partie des agents de santé tant à la prise en charge médicale qu'à la prise en charge psychosociale.

Les associations semblent donc très engagées dans la prise en charge médicale ambulatoire. Elles ont ainsi tendance à se substituer aux services de santé à travers une collaboration non formelle avec des personnels de santé notamment des médecins du secteur public ou privé.

En effet, les associations de manière isolée ou en réseaux établissent des liens de collaboration avec des cliniciens des hôpitaux nationaux permettant ainsi aux PVVIH qui sollicitent leurs services d'obtenir une prise en charge médicale. En outre, la plupart des associations disposent d'unité sanitaire dans leur siège. Celles-ci sont généralement animées par un personnel paramédical permanent membre de l'association. Celui-ci offre les soins de routine localement ou à domicile, la référence n'ayant lieu que lorsque l'état du malade le nécessite.

Le Centre de traitement ambulatoire s'individualise naturellement comme la structure d'excellence dans la prise en charge médicale des PVVIH. Structure mise en place avec l'appui de l'OPALS et de la Croix Rouge française, le CTA offre non seulement des services de consultation et hospitalisation de jour aux PVVIH, mais il est aussi ouvert à tous les types de malades nécessitant notamment des consultations spécialisées (Dermatologie,

Pneumophysiologie). Ceci dans le but d'éviter la stigmatisation des patients fréquentant le Centre.

En collaboration avec l'OPALS et la Croix Rouge française, le CTA met en œuvre un projet de prévention de la transmission mère enfant destiné aux épouses enceintes des patients séropositifs suivis au Centre. En outre, en prélude à la mise en place de médicaments antirétroviraux (ARV) avec l'appui d'un laboratoire pharmaceutique, le CTA entreprend en collaboration avec le Centre Muraz et le Centre National de Recherche Scientifique (CNRS), une recherche opérationnelle qui consiste au comptage des lymphocytes (CD4) par une nouvelle technique (Dynabeads) simple et fiable utilisant le microscope à fluorescence.

En dehors des activités de soins, le CTA offre des services de conseil et dépistage volontaire anonyme au prix de 500 F CFA.

Bien que quelques médecins hospitaliers adressent des patients au CTA, il ne semble pas exister de liens formels entre le CHNYO et le CTA créant un système de référence cohérent. Par ailleurs, il ne semble pas y avoir de collaboration étroite entre le CTA et les associations. Celles-ci n'en font pas mention dans leur réseau de collaboration médicale.

Au niveau du secteur privé, certaines entreprises développent un début d'intervention dans le domaine du VIH/SIDA. Le développement du plan multisectoriel de lutte contre le sida intègre les principales entreprises du pays qui ont chacune élaboré un plan d'action. Une visite à la société de brasseries « BRAKINA » a permis d'apprécier le début d'intervention dans le domaine du VIH/SIDA notamment dans la prévention, mais également dans la prise en charge médicale et l'accompagnement social des travailleurs infectés ainsi que leurs familles. Des mesures de protection des droits des travailleurs sont appliquées ainsi que des faveurs accordées pour la prise en charge dans des cliniques médicales, la contribution aux frais funéraires et l'aide aux familles des employés décédés.

Dans le secteur privé confessionnel, une structure se distingue dans la prise en charge des PVVIH ; il s'agit du centre médical St Camille. Cette structure hospitalière regroupe les différents services essentiels (médecine, pédiatrie, chirurgie et maternité) et dispose d'un personnel qualifié. Elle possède en outre un laboratoire bien équipé.

Le centre St Camille est à la fois un site sentinelle pour le VIH (femmes enceintes), centre de dépistage en collaboration avec les OBC, et futur site de prévention de la transmission mère – enfant du VIH. En outre, ce centre exécute un projet de traitement expérimental par phytothérapie du VIH en collaboration avec l'université de Ouagadougou. Enfin, un centre de prise en charge des patients VIH en fin de vie est en cours de finition dans un grand espace aux abords de Ouagadougou. Ce complexe comportera, outre des unités d'hospitalisation et de soins, un laboratoire de recherche pour le VIH.

Au plan normatif, des guides de prise en charge clinique de l'infection à VIH chez l'adulte et l'enfant ont été élaborés et leur validation devrait être faite en février 2001.

a) La PEC des infections opportunistes

La prophylaxie des infections par le Cotrimoxazole semble être pratiquée de façon systématique par tous les praticiens rencontrés notamment en milieu hospitalier mais également au sein des associations.

Les infections opportunistes les plus courantes (affections pulmonaires, dermatoses, diarrhées...) sont également prises en charge selon des protocoles thérapeutiques variables en fonction des cliniciens. L'accès aux médicaments essentiels traitant les affections opportunistes est variable : il est faible en milieu hospitalier où les patients doivent s'acquiescer des ordonnances au prix pratiqué par la pharmacie de l'hôpital ou par les officines privées en cas de non disponibilité. Par contre les associations disposent souvent de dépôts pharmaceutiques et ont la possibilité de s'approvisionner à la CAMEG où l'absence de produits tel que le Triflucan®, a été souvent rapporté. Elles sont donc capables de fournir des médicaments génériques à leurs patients voire des médicaments de spécialité à des prix très réduits par le biais de subventions versées à des pharmacies agréées. Il faut cependant noter que le CNLS a procédé à travers la CAMEG à une commande importante de médicaments destinés au traitement des IO et des IST. Cette dotation a été répartie entre les hôpitaux, les autres formations sanitaires et les associations.

La tuberculose fait l'objet d'une prise en charge bien organisée dans le cadre d'un programme de lutte bien structuré soutenu financièrement par la Coopération Française. Ce programme est intégré au système de santé et permet de rendre le traitement disponible au niveau de tous les CSPS. Parallèlement il existe un réseau de centres anti-tuberculeux (CAT) supervisés par un Centre national de lutte antituberculeuse (CNLAT). Ces CAT assurent une référence ambulatoire et effectuent l'essentiel des dépistages de la tuberculose. Le traitement est gratuit (forfait 1000 f CFA) et repose sur un protocole de 8 mois (2 mois Rifampicine + Isoniazide + Pyrazinamide + Ethambutol, 6 mois Isoniazide + Ethambutol). Les hospitalisations sont assurées moyennant une caution de 3500 FCFA. Le service de pneumologie du CHNYO joue le rôle de référence. Par ailleurs, la pharmacienne biologiste du CNAT assure la logistique et la supervision des laboratoires périphériques pour la tuberculose.

Il n'existe pas de mécanisme formel de collaboration ou d'intégration tuberculose et VIH. Certaines enquêtes ponctuelles permettent d'apprécier la prévalence du VIH chez les tuberculeux (34% en 1994 à Bobo Dioulasso). En routine, le test VIH n'est proposé qu'aux malades présentant des signes évocateurs de l'infection.

b) Le traitement par les antirétroviraux (ARV)

Le traitement par les antirétroviraux (ARV) a fait l'objet d'un atelier national de consensus qui a débouché sur des recommandations qui n'ont malheureusement pas encore connu un début de mise en œuvre ; cependant, le traitement par les ARV est disponible mais ne profite qu'à une minorité de privilégiés capables de les acheter. En outre, il existe un problème de suivi biologique des PVVIH sous ARV à l'échelle nationale. La CAMEG assure l'importation des produits et les revend au prix coûtant. Des négociations sont en cours pour une réduction des prix et une mission exploratoire s'est rendue au Brésil pour étudier les modalités d'importation des ARV sous la forme générique. Par ailleurs, un fonds national de solidarité pour les malades du SIDA a été créé en janvier 1999 et les mécanismes d'approvisionnement de ce fonds sont en train de se mettre en place.

c) La prévention de la transmission mère enfant

Un programme pilote de prévention de la transmission mère enfant du VIH est en cours d'élaboration et de mise en place sous l'égide de l'UNICEF. Ce programme, mis en œuvre en

partenariat avec la Direction de la Santé Familiale (DSF), concernera deux sites : l'hôpital St Camille à Ouagadougou (qui reçoit environ 8 000 femmes enceintes par an) et un centre de soins maternels et infantiles à Bobo Dioulasso (10 000 femmes enceintes ciblées). Le protocole de traitement fera appel à la Névirapine et l'allaitement sera discuté en fonction des cas avec une préférence pour l'allaitement maternel court. Pour l'heure l'UNICEF est le principal partenaire financier de ce projet qui aux yeux des promoteurs aurait plusieurs avantages : entre autres le fait d'être non seulement un point d'entrée pour le dépistage, mais aussi une occasion de renforcer la qualité des soins maternels et infantiles (suivi de la grossesse, couverture en CPN, continuité des services, gestion de la confidentialité, suivi nutritionnel de l'enfant...)

Opportunités

- La bonne accessibilité des patients aux médicaments traitant les Infections Opportunistes
- L'existence de nombreuses possibilités de PEC ambulatoire constituées par le CTA et les unités de soins de certaines associations
- La volonté politique d'améliorer la PEC des PVVIH y compris par les ARV
- La volonté affichée de collaboration et de recherche dans le domaine de la médecine traditionnelle
- Le soutien financier important des partenaires au développement à la PEC communautaire (PPLS)
- L'esprit d'ouverture des associations orientées vers la recherche d'une meilleure efficacité de leur performance.

Contraintes

- La tendance à considérer les ARV comme la meilleure solution de PEC médicale des PVVIH
- La substitution des OBC aux services formels de soins en raison des insuffisances de la prise en charge médicale actuelle
- L'absence de spécialisation des OBC dans certains domaines de la PEC communautaire
- L'offre de PEC limitée à quelques régions du pays

Cameroun

La demande de soins aux personnes vivant avec le VIH ou malades est importante au Cameroun. Rappelons que 5168 nouveaux cas de sida ont été enregistrés entre janvier et octobre 2000 soit un total cumulé de plus de 34 000 depuis l'apparition de l'épidémie. Selon l'analyse de la situation effectuée dans le cadre du plan stratégique, ce chiffre pourrait être multiplié par deux compte tenu de la sous notification.

A l'hôpital de district de Bonabéri à Douala, les hospitalisations dues au SIDA représentaient 15% du total des hospitalisations au cours de l'année 2000. La mortalité due au Sida était de 58 % dans le service de médecine de cet hôpital. De même au CHU de Yaoundé le taux d'occupation des lits par les malades du sida serait d'environ 10 %. A l'hôpital Laquintinie de Douala, les malades du sida ont représenté 4,7% des hospitalisations en 1999 et 16% (147/917) des décès.

Diagnostic et suivi biologique de l'infection à VIH

Le diagnostic de l'infection à VIH repose sur divers protocoles utilisant soit des tests rapides, soit des tests ELISA, ou une combinaison des deux types de tests en fonction du plateau technique disponible. Il n'existe aucune directive nationale pour le diagnostic de l'infection à VIH SIDA. Le Centre Pasteur (Laboratoire National de Référence et de Santé Publique) a cependant entrepris une évaluation des procédures de dépistage biologique à l'échelle d'une province afin d'élaborer un algorithme diagnostic.

Au niveau périphérique la plupart des structures visitées (centres de santé médicalisés, hôpitaux de district), disposaient de laboratoires et utilisaient des tests rapides pour effectuer le diagnostic de l'infection à VIH et des cas de sida. Le plus souvent un test rapide était effectué sur place et une confirmation effectuée soit sur la base d'un deuxième test rapide discriminant soit par un test ELISA effectué dans une structure de niveau supérieur (hôpital provincial).

Au niveau des hôpitaux et laboratoires de référence (Hôpitaux centraux) les protocoles de diagnostic font appel à des techniques plus fiables. En effet si le premier test est le plus souvent un test rapide, la confirmation se faisait sur la base d'un ou deux tests ELISA voire d'un western blot.

Les principaux tests disponibles étaient HIV Check®, Determine®, Multispot®, Double Check® et Camstix®. Ce dernier est fabriqué au Cameroun en partenariat avec le soutien technique de la Thaïlande et le support financier du CRDI du Canada. C'est le seul test disponible au niveau de la CENAME. Les tarifs appliqués aux patients pour accéder aux tests varient de 1500 à 5000 F CFA dans le secteur public à près de 10 000 F CFA dans le secteur privé.

Le suivi virologique et immunologique des malades est très limité. La charge virale est disponible au Centre Pasteur tandis que la mesure des CD4/CD8 n'est faisable que dans deux laboratoires sur l'ensemble du territoire. Il s'agit du Centre Pasteur et de la Clinique Bastos qui est une structure privée. Le coût de ces examens est respectivement de 55 000 F CFA pour la charge virale et entre 15000 et 20000 F CFA pour la mesure des CD4.

Prise en charge clinique du VIH/SIDA

Des guides de prise en charge auraient été conçus mais n'ont été ni validés ni diffusés. Par ailleurs, selon les responsables du CNLS, une politique de prise en charge aurait été élaborée mais n'as pas fait l'objet d'une application sur le terrain. Il n'y a donc aucune norme nationale de prise en charge.

De l'avis de tous les praticiens et intervenants rencontrés, l'offre de prise en charge médicale des patients malades du Sida est très limitée. On note un début d'organisation à Yaoundé et Douala où des structures hospitalières sont connues pour offrir une prise en charge aux malades du Sida. Il s'agit essentiellement de l'Hôpital Laquintinie à Douala et à Yaoundé, de l'Hôpital Militaire, de l'Hôpital de Jour (Hôpital central), de l'Hôpital Général, du CHU et de la Clinique Bastos. Un Réseau des structures de prise en charge a été mis en place. Le personnel de

ces structures a été formé en counseling, à la prise en charge des infections opportunistes et des IST.

a) Prise en charge des infections opportunistes

Les services offerts vont de la prophylaxie des infections par le cotrimoxazole, aux traitements par les antirétroviraux en passant par la prise en charge des principales infections opportunistes.

La prophylaxie des infections par le cotrimoxazole semble faire l'objet d'un consensus parmi les personnels de santé mais nous n'avons pas vu de document de consensus décrivant les conditions et les modalités de cette prophylaxie. Cela pourrait expliquer pourquoi elle n'est pas appliquée de la même façon par différents cliniciens. De manière générale, la prescription du cotrimoxazole est faite lorsque les CD4 sont inférieurs à 350/mm³ ou sur une base clinique dès l'apparition de signes cliniques.

Les principales infections opportunistes qui sont prises en charge et qui ont été citées sont la tuberculose, la toxoplasmose, les affections pulmonaires, les dermatoses et les diarrhées. Leur traitement fait appel à des molécules qui ne figurent pas toutes sur la liste des médicaments essentiels. Une liste des principaux médicaments nécessaires à la PEC des infections opportunistes est en cours de révision par les médecins prescripteurs pour leur intégration sur la liste des médicaments essentiel afin de les rendre disponibles à travers le CENAME.

La tuberculose est traitée au niveau des hôpitaux centraux, généraux et de district. L'hôpital Jamot de Yaoundé fait office de centre antituberculeux. Le traitement fait appel à une quadrithérapie de 6 mois (Pyrazinamide, Ethambutol, rifampicine+isoniazide). Toutefois les médicaments ne sont toujours pas disponibles au niveau des pharmacies des structures exceptés dans les structures confessionnelles où le traitement est disponible sur la base d'un forfait de 5000 francs CFA contre 21 000 francs CFA dans les structures publiques.

b) Traitement par les antirétroviraux

Le traitement par les antirétroviraux est introduit depuis près de deux ans. Il a d'abord commencé par des initiatives isolées au profit de malades capables de faire venir les médicaments de l'extérieur. Cependant, la volonté manifestée par le gouvernement de promouvoir l'accès aux traitements antirétroviraux à permis l'émergence de projets et de protocoles mieux structurés.

Les principaux projets et initiatives sont:

- Le projet PARVY (projet ARV Yaoundé) greffé sur la cohorte PRESICA du service de dermatologie de l'hôpital militaire de Yaoundé. Ce projet soutenu financièrement et techniquement par Médecins Sans Frontière prévoit la mise sous traitement de 150 patients sur 5 ans pour un financement global de 4,7 millions de Francs suisses. La non-appartenance à la cohorte constitue un facteur d'exclusion.
- Le projet DARVIR (Douala Antiretroviral) qui vise à faciliter l'accès aux ARV aux populations de Douala et ses environs, de renforcer les compétences des praticiens en

matière de prise en charge des malades du sida tout en accentuant les activités de prévention et le counselling. Ce projet est mené en partenariat avec l'ONG SWAA avec le soutien technique de l'hôpital Rortchild à Paris.

Il est à noter des initiatives du secteur privé notamment de certaines entreprises telles que ALUCAM (société de production d'aluminium) qui a décidé de prendre en charge 40 traitements ARV au bénéfice de ses employés. Par ailleurs, la Compagnie de Développement du Cameroun (CDC) assure la prise en charge des malades du sida au sein de ses structures de santé par le traitement des affections opportunistes et semble également ouverte à la possibilité de fournir à ses employés des traitements ARV.

c) Prévention de la transmission mère-enfant du VIH

Un projet pilote de prévention de la transmission mère-enfant du VIH a été mis en place depuis 1999. Ce projet qui est financé par la Fondation Glaxo-Wellcome sous l'égide du GTC est maintenant un programme de prévention de la transmission mère-enfant dont la première phase est conduite à la maternité principale de l'hôpital central de Yaoundé). L'extension aux structures de santé et aux autres provinces est prévue dans le plan stratégique.

Le protocole utilisé est basé sur la névirapine (HIVNET 012 Uganda). En juillet 2000, sur 1500 femmes ayant fait une CPN, 1164 ont subi le test VIH. 6,3 % soit 74 femmes se sont révélées positives. 53 femmes ont retiré leurs résultats, 9 ont accouché parmi lesquelles 7 ont bénéficié de la névirapine. Six des nouveau-nés sont nourris au sein, les 3 autres au biberon.

Il existe aussi un programme pilote en cours utilisant aussi la névirapine dans la province du Nord-Ouest à l'hôpital de Bango et celui de Mbongo. Cette initiative est financée par Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation et bénéficie d'une assistance technique de Family Health International.

Dans les autres structures sanitaires où les femmes reçoivent les soins prénataux, la question de la transmission mère-enfant du VIH n'est pas encore évoquée avec ces femmes.

Opportunités

- Un engagement politique et une volonté des responsables en charge de la lutte contre le VIH/SIDA d'améliorer la prise en charge
- L'existence de guides de prise en charge clinique et thérapeutique
- L'existence d'une centrale nationale d'achat de médicaments génériques et/ou essentiels
- l'achat et la distribution de réactifs pour les tests sérologiques du VIH par la CENAME
- L'existence de laboratoires fonctionnels dans les hôpitaux régionaux et provinciaux pour le diagnostic du VIH
- L'expérience acquise dans le traitement et le suivi des PVVIH sous traitement par ARV à travers les projets
- L'adoption de la prophylaxie des infections opportunistes par le cotrimoxazole dans les stratégies de prise en charge des malades

- L'existence d'un laboratoire national de référence capable d'assurer le contrôle de qualité des laboratoires périphériques et la formation des techniciens de laboratoire
- La mobilisation communautaire croissante
- L'intérêt du secteur privé pour la prise en charge des PVVIH

Contraintes

- Le manque de formation des personnels de santé et de diffusion des guides de prise en charge clinique et thérapeutique des PVVIH
- La stratégie de diagnostic biologique de l'infection à VIH qui entraîne des coûts additionnels pour les malades
- L'absence d'un système de référence fonctionnel pour la prise en charge des PVVIH entre d'une part les différents niveaux de la pyramide sanitaire, et d'autre part entre le milieu médical et les organisations communautaires
- L'accès limité des PVVIH aux ARV compte tenu du coût élevé de ces médicaments
- Les limites du plateau technique pour le suivi biologique des patients sous ARV à l'échelle nationale.

Côte d'Ivoire

Le Sida constitue en Côte d'Ivoire la première cause de mortalité de l'adulte jeune. Actuellement, il est fréquent de constater que 3 malades adultes sur 4 sont hospitalisés pour Sida dans le service d'infectiologie d'Abidjan, où le taux moyen d'occupation des lits est de 150% (3 patients VIH/SIDA pour 2 lits) réduisant ainsi considérablement le nombre de malades hospitalisés pour d'autres pathologies.

Diagnostic et suivi biologique de l'infection à VIH

Il existe en Côte d'Ivoire une stratégie nationale de diagnostic biologique du VIH qui repose sur divers protocoles utilisant soit des tests rapides, soit des tests ELISA, ou une combinaison des deux types de tests en fonction du plateau technique disponible. L'organisation des laboratoires de diagnostic biologique du VIH est de type pyramidal. Le premier niveau est constitué par les formations sanitaires de la région des Lagunes (Abidjan) et des hôpitaux généraux des différentes régions sanitaires. Ces structures utilisent deux tests rapides de principes antigéniques différents pour le sujet asymptomatique et un test rapide pour le sujet symptomatique. Le coût des tests varie de 3 000 FCFA à 10 000 FCFA. Malheureusement ces structures sont constamment en rupture de stock de réactifs.

Le niveau tertiaire comprend les 4 CHU et les CHR. Bien que dotés de chaîne ELISA, la disponibilité des réactifs n'y est pas toujours assurée. En effet, nous avons constaté à Abengourou, Yamoussoukro et Korhogo que les chaînes ELISA n'étaient pas fonctionnelles. A Yamoussoukro et Korhogo les CHR ne disposaient pas de tests rapides. L'Institut Pasteur est le laboratoire national de référence chargé du contrôle de la qualité des réactifs et de leur validation.

Le suivi virologique et immunologique des malades est limité à la ville d'Abidjan. La charge virale bien que faisable à l'Institut Pasteur n'est pas faite en routine. Seuls les laboratoires

suivants la font en routine : le laboratoire du projet RETRO-CI (soutien à l'initiative nationale d'accès aux ARV ; les tests sont pratiqués gratuitement), le CIRBA et le CeDReS (50 000 FCFA). Pour le comptage des CD4/CD8 il est fait dans les laboratoires sus-cités.

La limitation des possibilités de dosage de la charge virale pose le problème de l'accès et surtout du suivi des populations de l'intérieur aux ARV. Le suivi biologique impose aux PVVIH de se rendre régulièrement à Abidjan occasionnant des frais supplémentaires pour le transport, l'hébergement et les autres frais divers.

Prise en charge clinique du VIH/SIDA

Le PNLs a élaboré en 1993 des guides de PEC des IO basés sur l'approche syndromique et utilisant des arbres décisionnels ou algorithmes. Les médicaments essentiels listés dans ces algorithmes sont disponibles au niveau de la pharmacie de la santé publique sous forme de génériques. En plus de ces documents, les personnels de santé du secteur public ont été formés à la prise en charge clinique et psychosociale sur l'ensemble du territoire au cours de la période 1994-1997. Au total plus de 1 000 personnes ont reçu une formation multidisciplinaire d'une semaine. A Abidjan, ces personnes étaient réparties sur 13 sites (10 FSU et 3 FSUCOM) comportant des services de consultation générale et des PMI. A l'intérieur du pays, au moins 30 personnels ont été formés dans chacune des 9 autres régions (en dehors de la région sud qui comprend la ville d'Abidjan).

On note un début d'organisation essentiellement à Abidjan où l'initiative d'accès aux ARV a favorisé la mise en place et le renforcement des services de prise en charge. Outre le service d'infectiologie du CHU de Treichville qui est le service de référence, il existe diverses offres de services de PEC dans la ville d'Abidjan. Pour la PEC des adultes, l'hôpital du jour (USAC), le CASM, les centres accrédités et de suivi prennent en charge les PVVIH. Malheureusement ces structures à elles seules ne suffisent pas à faire face à la demande.

a) Prise en charge des infections opportunistes

La prophylaxie primaire des IO par le cotrimoxazole a fait l'objet d'un consensus le 19 février 1999 par la Société Ivoirienne de Pathologie Infectieuse. Le coût d'une prophylaxie mensuelle est de 1 300 FCFA et la posologie est de un comprimé de cotrimoxazole fort par jour à vie en absence de toute contre-indication. De manière générale, la prescription du cotrimoxazole est faite lorsque les CD4 sont inférieurs à 500/mm³ (sujet asymptomatique) ou sur une base clinique dès l'apparition de signes cliniques.

Les candidoses sont les plus fréquentes parmi les IO observées en Afrique. Cliniquement elles sont à type de muguet. La tuberculose est la plus fréquent des IO graves. Elle touche 40-50% des adultes et 17% des enfants infectés par le VIH à Abidjan. Chez l'adulte à Abidjan c'est la première cause de décès dont elle représente 32%. Les autres IO fréquemment rencontrées en Côte d'Ivoire sont les bactériémies à salmonelles non typhiques(10-25%), les pneumonies bactériennes (30-40%), les cryptococcoses neuroméningées (5-40%), la toxoplasmose cérébrale (15-30%).

Le service des maladies infectieuses du CHU de Treichville est le service de référence pour le traitement des malades du Sida. Cependant depuis plusieurs mois, les unités d'hospitalisations et de réanimation sont fermées et le service fonctionne comme un hôpital du jour. La prise en charge des IO est faite également dans diverses structures publiques ou non. L'USAC, le CASM et le Centre Plus disposent d'un hôpital du jour et d'une pharmacie approvisionnée par la PSP permettant de soigner les malades du Sida à moindre coût.

Au CASM, les malades payent 3 000 FCFA pour les frais de dossier, 1 500 FCFA au début de chaque année et 1 500 FCFA par mois pour les consultations qui donnent droit aux médicaments. A l'USAC il n'existe pas de frais de dossier. La consultation revient à 500 FCFA par semaine sans les médicaments.

Dans les autres formations sanitaires de la ville d'Abidjan, les malades une fois diagnostiqués sont référés soit au CHU de Treichville soit dans l'un des hôpitaux du jour sus-cités pour leur prise en charge. Dans les formations sanitaires publiques de la ville d'Abidjan, bien souvent les personnels de santé font le diagnostic du VIH sans le consentement des concernés. Lorsque le résultat est positif, ils se trouvent dans l'incapacité de prendre en charge leurs clients.

Dans le cadre de l'initiative nationale d'accès aux ARV des centres de suivi ont été identifiés. Ces centres offrent des services de consultations gratuites aux malades et séropositifs. Ils doivent eux-mêmes acheter leurs médicaments. Depuis le début de l'année 2001, un projet de PEC thérapeutique des enfants séropositifs (à partir de 2 ans) est en cours d'exécution à la PMI de Yopougon. Ce projet financé par la coopération française à travers l'ANRS est exécuté en collaboration avec l'ONG AMEPOUH. Les enfants séropositifs dépistés dans le cadre du projet DITRAME bénéficient d'une PEC médicale (consultations et médicaments contre les IO) et psychologique gratuite.

A l'intérieur du pays trois hôpitaux du jour sont disponibles: Bouaké, Bondoukou et Korhogo. Si l'hôpital du jour de Bouaké est fonctionnel, il n'en est pas de même de celui de Korhogo. L'absence de matériels et de personnels rend son fonctionnement difficile. A Bondoukou, le Ministère de la Santé en collaboration avec l'ONG international OPALS a ouvert en 1997 un centre de traitement ambulatoire à Bondoukou.

Dans les autres villes où il existe des offres organisées de services de traitement des IO, ces services sont offerts par des organisations caritatives (hôpital protestant de Dabou, Soeurs Dorothee d'Alépé et hôpital Baptiste de Ferké).

Le programme de lutte contre la tuberculose est organisé de façon pyramidale avec les trois services de PPH (CHU de Treichville, CHU de Cocody et CHR de Korhogo) qui sont des services de référence pour la PEC clinique, l'Institut Pasteur étant le laboratoire national de référence. Au niveau intermédiaire on trouve les CAT (au nombre de 8) qui en plus de leur rôle traditionnel de PEC des malades tuberculeux, font la formation et la supervision des structures périphériques. Les CAT sont actuellement les structures de coordination de la lutte antituberculeuse en Côte d'Ivoire. La PEC de la tuberculose a été décentralisée et elle se fait dans toutes les régions sanitaires du pays (66 points de prestation en dehors des CAT). Le traitement fait appel à une trithérapie (Pyrazinamide, rifampicine, isoniazide) gratuite de 6 mois (2 mois de Pyrazinamide + rifampicine + isoniazide et 4 mois de rifampicine + isoniazide). Il existe un guide de PEC de la tuberculose qui nécessite une révision. En effet devant la multirésistance croissante

(5%), le Comité National Antituberculeux envisage d'ajouter un quatrième médicament au protocole (éthambutol). Tous les malades tuberculeux suivis sont sous cotrimoxazole (gratuit). Le taux de guérison en Côte d'Ivoire est de 67%.

b) Traitement par les antirétroviraux

Le traitement par les antirétroviraux est introduit en Côte d'Ivoire depuis le début des années 90. Il a d'abord commencé par des initiatives isolées au profit de malades capables de payer les médicaments non subventionnés. Cependant, la volonté manifestée par le gouvernement de promouvoir l'accès aux traitements antirétroviraux a permis en 1998 de mettre en place une initiative nationale d'accès aux ARV en collaboration avec la coopération française et le RETRO-CI.

75% de subvention sont accordés aux «plus démunis», 95% pour les membres des associations de PVVIH et 100% pour le personnel de santé en prophylaxie après exposition au sang. 8 structures sont accréditées pour administrer les ARV. Actuellement, plus de 1000 personnes sont sous ARV à Abidjan. Quelques personnes bénéficient à l'intérieur de la Côte d'Ivoire de cette initiative (une quarantaine à Bouaké et moins à Korhogo) mais le suivi biologique des malades de l'intérieur est difficile.

Il est à noter des initiatives du secteur privé notamment de certaines entreprises telles que la CIE, la SODECI, le Port Autonome, la SODEFOR et la BCEAO qui participent à la prise en charge des malades en subventionnant l'achat des médicaments (ARV et médicaments contre les IO) au bénéfice de leurs employés.

c) Prévention de la transmission mère-enfant du VIH

C'est en 1990 que le RETRO-CI a démarré un projet pilote de prévention de la transmission mère-enfant du VIH (projet KZT) ayant pour objectifs entre autres de tester l'efficacité de l'AZT. D'abord localisé à la formation sanitaire de Koumassi, un deuxième site est créé en 1998 à la formation sanitaire de Marcory. En 1994, la coopération française et l'ORSTOM démarrent un essai clinique randomisé AZT versus placebo (projet DITRAME) localisé au CHU de Yopougon. Ces deux essais cliniques menés à Abidjan et évaluant des régimes courts d'AZT dans une population pratiquant majoritairement l'allaitement maternel ont montré une efficacité quant à la réduction de la transmission mère-enfant du VIH d'environ 38%.

Dans le cadre de la mise en oeuvre du nouveau plan stratégique 2000-2004 de lutte contre le Sida en Côte d'Ivoire, le plan opérationnel d'activités 2000-2001 prévoit l'extension des activités de prévention mère-enfant à d'autres centres pilotes dans la ville d'Abidjan (Abobo, Port-Bouet, Yopougon) et de l'intérieur du pays (Abengourou, Bondoukou, Bouaké et Korhogo). Il est prévu dans le cadre de l'extension de cette intervention d'utiliser la névirapine. Le RETRO-CI, le FSTI et l'UNICEF soutiennent cette décentralisation en collaboration avec le Ministère de la Santé et le Ministère Délégué chargé de la Lutte contre le Sida. En dehors des premiers sites d'étude de la ville d'Abidjan, les autres sites ne sont pas encore fonctionnels.

Au niveau d'Abidjan, le FSTI apporte du lait artificiel gratuit (alternatif au lait maternel) aux enfants nés de mères séropositives qui ne souhaitent pas allaiter leurs enfants au sein.

Dans les autres structures sanitaires où les femmes reçoivent les soins prénataux, la question de la transmission mère-enfant du VIH n'est pas encore évoquée lors de l'IEC en consultation prénatale

Opportunités

- Un engagement politique et une volonté des responsables en charge de la lutte contre le VIH/SIDA d'améliorer la prise en charge
- L'existence de guides de prise en charge clinique et thérapeutique
- L'existence de la Pharmacie de la santé Publique responsable de l'achat et la distribution de médicaments génériques et/ou essentiels
- L'existence d'une stratégie nationale de diagnostic biologique
- L'organisation progressive de la PEC médicale à la faveur de l'initiative d'accès aux ARV
- L'expérience acquise dans le traitement et le suivi des PVVIH sous traitement par ARV à travers l'initiative
- L'expérience acquise dans la mise en oeuvre de projet de prévention de la transmission mère-enfant
- L'adoption de la prophylaxie des infections opportunistes par le cotrimoxazole dans les stratégies de prise en charge des malades
- L'existence d'un laboratoire national de référence capable d'assurer le contrôle de qualité des laboratoires périphériques et la formation des techniciens de laboratoire
- L'intérêt du secteur privé pour la prise en charge des PVVIH
- L'engagement croissant des partenaires au développement à soutenir la lutte contre le Sida en Côte d'Ivoire

Contraintes

- Le manque de formation des personnels de santé et de diffusion des guides de prise en charge clinique et thérapeutique des PVVIH
- L'absence d'un système de référence fonctionnel pour la prise en charge des PVVIH entre d'une part les différents niveaux de la pyramide sanitaire, et d'autre part entre le milieu médical et les organisations communautaires
- L'accès limité des PVVIH sous ARV au suivi biologique dans les villes de l'intérieur
- Les limites du plateau technique pour le suivi biologique des patients sous ARV à l'échelle nationale.
- L'accessibilité des PVVIH aux structures de PEC
- La qualité de la PEC des PVVIH par des personnels de santé peu ou pas formés à la PEC

Togo

La demande de soins par les personnes vivant avec le VIH ou malades est importante au Togo. 998 cas de sida ont été notifiés en 1999. Selon les analyses effectuées la fréquentation des services hospitaliers par les personnes vivant avec le VIH/SIDA est plus faible que ne le laisserait prévoir la séroprévalence du VIH. En outre, les admissions se font à un stade très avancé de la maladie et le recours à la médecine traditionnelle est très important selon une étude effectuée dans la préfecture de Bassar.

Au Togo, la prise en charge clinique des personnes vivant avec le VIH/SIDA s'intègre théoriquement aux services curatifs selon les différents échelons de la pyramide sanitaire qui compose le système de santé du Togo. De fait il n'a pas été possible d'identifier de structure sanitaire de référence dans la prise en charge des malades du sida. Les malades sont pris en charge essentiellement dans les services de médecine interne, de maladies infectieuses, d'ORL et de stomatologie.

Il n'est pas possible d'apprécier la qualité réelle de cette prise en charge. Selon l'analyse de la situation, l'accueil réservé aux patients infectés par le VIH favorise leur exclusion. Par ailleurs, la prise en charge clinique des PVVIH n'échappe pas aux problèmes qui affectent le système de santé du Togo à savoir, l'insuffisance du personnel et des équipements ainsi que l'inaccessibilité financière des services de soins et des médicaments.

Des guides de prise en charge des infections opportunistes sont disponibles et ont permis de former un certain nombre de médecins. La diffusion de ces guides semble cependant très insuffisante tant en ce qui concerne les médecins, que les personnels de premier niveau. Selon les données de base du cadre stratégique du PNLS, seuls 7,12% des personnels (400/4285) ont été effectivement formés à la prise en charge des PVVIH. S'y ajoute leur répartition inégale à travers le pays avec une forte concentration dans la capitale. Par ailleurs, un atelier de formation a également été organisé à l'intention des médecins des secteurs public et privé sur l'utilisation et la prescription des médicaments antirétroviraux.

Diagnostic et suivi biologique de l'infection à VIH

→ Au niveau central

Le laboratoire du Centre National de Référence /VIH/PNLS/TOGO est l'institution qui a pour mission d'organiser toutes les activités en rapport avec le diagnostic biologique de l'infection à VIH et des IST. Créée par décision ministérielle, il est matérialisé par le laboratoire de microbiologie du CHU Tokoin et a entre autres les attributions suivantes :

- Standardisation des réactifs et matériels techniques utilisés pour le diagnostic de l'infection à VIH au niveau national ;
- Supervision des activités des laboratoires publics et privés sur toute l'étendue du territoire sur le plan diagnostic, surveillance épidémiologique et dépistage de l'infection à VIH et des infections opportunistes ;
- Organisation du contrôle de qualité à l'échelle nationale ;

- Gestion de la sérothèque nationale ;
- Gestion du stock de réactifs, du matériel consommable et de l'équipement au niveau central ;
- Organisation de la formation et du recyclage du personnel technique au niveau national

Si au cours des premières années de l'épidémie le CNR a pu assurer ses missions, la situation qui prévaut dans le pays depuis quelques années affecte gravement les capacités d'intervention du centre. En effet, la supervision et la collecte des données n'ont plus cours depuis 1997 et les derniers rapports disponibles concernent l'année 1996. Ils font état des formations et stages effectués par les techniciens de laboratoires périphériques, la supervision de ces laboratoires, le diagnostic de l'infection, la surveillance épidémiologique (femmes enceintes et donneurs de sang) et enfin l'appui aux laboratoires.

Actuellement les activités se limitent aux services de routine (diagnostic et dépistage, comptage des CD4). La fourniture des réactifs était assurée par la GTZ, la Coopération Française et l'OMS. Tous ces partenaires se sont retirés de ce secteur et seule l'Union Européenne s'est engagée à couvrir l'ensemble des besoins.

Le laboratoire offre les services suivants :

- Diagnostic sérologique de l'infection à VIH/SIDA
Le protocole utilisé est le suivant
Pour une personne symptomatique on pratique un test ELISA : en cas de résultat négatif la personne est déclarée séronégative. Si le test est positif, un second test ELISA ou test rapide est pratiqué pour confirmation avant rendu des résultats
Pour une personne asymptomatique on pratique un test ELISA : en cas de résultat négatif la personne est déclarée séronégative. Si le résultat est négatif un second test ELISA est pratiqué; si les résultats sont concordants, le résultat est rendu. En cas de discordance des résultats un 3^{ème} test en général rapide est pratiqué.
- Le Western blot est disponible mais n'est pas systématiquement pratiqué.
- Comptage des CD4 par facs count

Les clients sont :

- Les patients adressés par des praticiens pour suspicion d'infection
- Les personnes sollicitant un dépistage volontaire (ils bénéficient alors d'un counselling pré et post test)

S'y ajoutent les prélèvements de la banque de sang de l'hôpital ainsi que ceux du Centre de conseil et de documentation (CCD)

➔ Au niveau périphérique

En dehors du CNR il existe d'autres laboratoires capables de faire le diagnostic de l'infection à VIH. Il s'agit des laboratoires du CHU Campus (tests rapides), Institut National d'Hygiène (INH) et le Centre national de transfusion sanguine (CNTS) pour les tests ELISA.

L'ensemble des Centres hospitaliers régionaux disposent théoriquement de chaînes ELISA (Dapaong, Kara, Sokodé, Atakpamé) ainsi que l'hôpital confessionnel d'Afagnam. Au niveau

préfectoral 42 structures publiques et confessionnelles seraient impliquées de façon ponctuelle ou continue dans la surveillance sentinelle et sont susceptibles de disposer de tests rapides.

Les principaux tests disponibles sont :

- Vironostika HIV uni-form II plus 0
- Genie II HIV ½
- Sfd HIV1/2
- Genscreen HIV1/2
- Ice 1.0.2
- Enzymum test anti HIV 1+2+subtype 0
- Determine HIV ½

Ces différents tests ont été évalués par le CNR. Toutefois, au cours de cette analyse, l'équipe a pu observer sur le terrain la présence de tests rapides ne portant la mention d'aucune marque ni indication sur l'origine et le lieu de fabrication. Ce test serait largement utilisé par un hôpital confessionnel d'Afagnam qui sous-traite le dépistage pour le compte de CHD et de certaines entreprises. Les tarifs appliqués aux patients pour accéder aux tests varient de 1 500 à 5 000 F CFA dans le secteur public à près de 10 000 F CFA dans le secteur privé.

Le suivi virologique et immunologique des malades est très limité. La charge virale n'est pas disponible alors que la mesure des CD4 CD8 n'est disponible qu'au CNR et dans un laboratoire privé - la Pharmacie Pour Tous- aux tarifs respectifs de 10 000 et 17 000 F CFA.

Prise en charge clinique du VIH/SIDA

La prophylaxie des infections par le cotrimoxazole ne fait pas l'objet d'un consensus formel. Elle est cependant variablement appliquée selon que le praticien ait été formé ou non. Cette prophylaxie ne répond donc pas à des critères de prescription précis.

Les infections opportunistes les plus courantes (affections pulmonaires, dermatoses, diarrhées...) sont prises en charge avec plus ou moins d'efficacité grâce à la prescription des médicaments antibactériens et antifongiques génériques inscrits dans la liste des médicaments essentiels. En 1997, le PNL/IST a renforcé l'accès aux médicaments essentiels génériques (MEG). Des problèmes se posent encore quant à la disponibilité de certains médicaments tels que la pyriméthamine et le fluconazole nécessaire pour le traitement de certaines infections opportunistes graves telles que la toxoplasmose et la cryptococcose.

La tuberculose fait l'objet d'une prise en charge bien organisée dans le cadre d'un programme de lutte bien structuré supporté financièrement par la DAHW. Celui-ci est décentralisé à l'ensemble des préfectures où il existe un centre de traitement antituberculeux disposant d'un laboratoire. Le protocole de traitement dure 8 mois avec une phase d'hospitalisation initiale de 2 mois suivie d'une phase de consolidation de 6 mois. Le traitement se compose d'une quadrithérapie (rifampicine, éthambutol, pyrazinamide et isoniazide). La prise en charge est entièrement gratuite.

Chez les tuberculeux, l'infection à VIH est généralement suspectée en cas de résistance au traitement. Malgré plusieurs sollicitations auprès du PNLIS, il n'a pas été possible d'instaurer un dépistage systématique du VIH au sein de cette population compte tenu de la non-disponibilité des tests. Toutefois, l'infection à VIH a eu une influence sur les pratiques de prise en charge de la tuberculose. Pour preuve, l'élimination des injections de streptomycine du protocole thérapeutique.

Le traitement par les antirétroviraux a été introduit depuis 1997 et on note une volonté manifeste des autorités nationales à rendre ces thérapeutiques accessibles aux PVVIH au Togo. Ainsi, ces médicaments sont exonérés de taxes douanières et deux grossistes répartiteurs ont entrepris de les importer. Soixante médecins, biologistes et pharmaciens publics et privés ont été formés en 1998 à l'utilisation des ARV. Aucune appréciation n'est cependant possible sur l'ampleur et la qualité de l'utilisation des ARV (protocoles, observance). Les patients achètent directement leurs médicaments auprès des grossistes répartiteurs sur une ligne client «PNLS » ce qui ne permet aucun suivi individuel. Au demeurant il semble que ce sont les membres de la famille du malade qui viennent s'approvisionner le plus souvent.

Certaines entreprises du secteur privé ont initié des interventions dans le domaine du VIH/SIDA. A cet égard, la visite de la structure médicale de l'Office Togolais des Phosphates (OTP) n'a pas été édifiante. Son personnel a certes bénéficié de différentes formations (counseling, prise en charge des IO et IST), mais les interventions sont encore timides même en ce qui concerne l'application des algorithmes de prise en charge des IST. Les ouvriers malades sont généralement hospitalisés à l'hôpital d'Afagnam où le test est effectué systématiquement (souvent à l'insu du malade) et les résultats communiqués directement au personnel soignant de l'OTP ou indiqués sur le carnet d'hospitalisation du patient. Il n'y a donc aucune garantie de confidentialité voire de sauvegarde des droits des travailleurs en cas de séropositivité.

Un programme pilote de prévention de la transmission mère enfant du VIH est en cours d'élaboration et de mise en place sous l'égide de l'UNICEF en partenariat avec la direction régionale de la santé de la Région Maritime (Lomé), l'OMS, l'ONUSIDA et l'association Espoir et Vie. Ce programme cible 12 000 femmes pour une période initiale de 3 ans. Le protocole préventif utilise la névirapine en dose unique à la mère pendant l'accouchement et à l'enfant à la naissance. Le principe de privilégier l'allaitement maternel a été retenu. La promotion de ce programme ciblera les hommes afin qu'ils adhèrent au test de dépistage.

Opportunités :

- Existence de guide de PEC clinique et thérapeutique des PVVIH
- Existence d'un réseau de laboratoires capables d'assurer un diagnostic et un dépistage de l'infection à VIH
- Existence d'un laboratoire national de référence capable d'assurer la formation et la supervision des techniciens de laboratoires périphériques ainsi que le contrôle de qualité
- Volonté du PNLIS à promouvoir la PEC des PVVIH y compris l'accès aux ARV
- Volonté des organisations à base communautaire (OBC) existantes à collaborer entre elles

Contraintes :

- La faible mobilisation communautaire autour de la prise en charge
- Les ruptures fréquentes en tests de dépistage du VIH
- L'application non systématique de la prophylaxie des IO par le cotrimoxazole
- Accès limité des PVVIH aux ARV compte tenu de leur coût élevé
- Les limites du plateau technique pour le suivi biologique des patients sous ARV à l'échelle nationale.

3.2.2. Prise en Charge Communautaire et à Domicile

La mobilisation de la communauté est un élément clé pour le succès de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA. L'intégration des stratégies communautaires de prise en charge et de soutien aux personnes vivant avec le VIH/SIDA et de personnes affectées par le VIH/SIDA et, la prévention dans le contexte du "continuum de soins" peut avoir un impact positif sur la réduction des effets néfastes du VIH/SIDA sur l'individu, la famille et la communauté ainsi que la réduction de la transmission du VIH. La prise en charge et le soutien des PVVIH au niveau communautaire doivent être complémentaires de la prise en charge faite au niveau des structures formelles (hôpitaux et centres de santé).

La communauté peut être définie en terme de proximité géographique, d'affinités socio-culturelles, de groupements associatifs, etc. Quelle que soit la façon dont elle est définie, bien organisée et engagée elle peut jouer un rôle crucial dans la prévention et la prise en charge du VIH/SIDA en contribuant spécifiquement à:

- Apporter le soutien psychosocial aux PVVIH et à celles affectées (ex: les orphelins et autres enfants vulnérables)
- Réduire la stigmatisation et la discrimination
- Promouvoir une manière positive de vivre chez les PVVIH
- Apporter les soins à domicile
- Promouvoir les mesures préventives dans la communauté

Les soins à domicile représentent une composante majeure de la prise en charge des PVVIH. Ces soins à domicile peuvent être définis comme tous les soins que la PVVIH reçoit dans le confort de son domicile. Ces soins peuvent être administrés par la personne elle-même, sa famille, les membres de la communauté ou les agents de santé.

Bien conçus et bien organisés, les soins à domicile peuvent offrir les avantages suivants parmi tant d'autres :

- Décongestionner les structures de santé (en réduisant la durée d'hospitalisation)
- Permettre à la PVVIH de rester active et productive autant que possible;
- Permettre à la PVVIH d'être dans son milieu de vie habituelle et entourée par sa famille et ses amis

- Réduire la stigmatisation et la discrimination au niveau de la famille et de la communauté par l'éducation des familles et des communautés sur la prévention du SIDA
- Réduire les coûts liés aux soins hospitaliers et aux autres dépenses effectuées par la famille pour rendre visite et soutenir la personne hospitalisée.

Burkina Faso

1. Prise en charge communautaire

Le tissu associatif en matière de lutte contre le VIH/SIDA est très dense au Burkina Faso où il existe plus de cent OBC sur toute l'étendue du territoire. Jusqu'en 1995, la plupart d'entre elles mettaient l'accent sur les activités de prévention. Depuis 1996, certaines associations ont intégré la prise en charge des personnes infectées dans leurs activités. De plus, le besoin de soutien mutuel entre les personnes atteintes a contribué à la création d'associations de PVVIH. Au Burkina Faso, la prise en charge communautaire, bien que naissante, est très dynamique et couvre un large éventail d'activités. Il s'agit

- des activités de plaidoyer (à travers le témoignage et l'utilisation des médias),
- des activités de prévention (IEC, CDVA, Promotion et distribution des préservatifs, PEC des IST),
- des activités de prise en charge, de soins et conseil (Accueil/conseil/orientation, Visites à domicile, Groupes de parole, Prise en charge médicale et paramédicale des IO, Don de médicaments, Accompagnement dans les services de santé, Formation en conseil),
- du Soutien socio-économique (Soutien juridique, Soutien spirituel, Dons de nourriture, Protection sociale, Couverture des frais de scolarité des orphelins, Soutien aux activités génératrices de revenus, Soutien financier).

Malgré les efforts réalisés par les OBC à travers ces activités, on dénote un fossé important entre les réponses actuelles (apportées par les associations) et les besoins ressentis aussi bien par les PVVIH que par les OBC.

La majorité des membres actifs et compétents des OBC qui procurent des soins et services, dont ceux à domicile et le soutien psychosocial, le font de façon bénévole. Ce bénévolat limite leurs actions ainsi que le nombre de membres pouvant participer activement aux activités des associations. Il en résulte que les OBC ont besoin de personnel compétent et bien formé pour assurer la prise en charge efficace et effective des PVVIH

D'autre part, on note une prédominance du recours aux agents de santé par les associations. Certaines d'entre elles (AAS, Bergerie, AJPO) disposent d'une unité de suivi médical où des soins et services sont offerts à des prix très réduits (allant même parfois jusqu'à la gratuité), aux personnes infectées et affectées par le VIH. Bien qu'elle comble un déficit constaté dans la prestation des soins, cette situation contribue à donner une vision très médicale de la prise en charge communautaire.

Une bonne organisation du milieu associatif incluant une collaboration formelle entre associations d'une part, et entre les OBC et les autres structures formelles de soins et services socio-sanitaires d'autre part, est un prélude à une prise en charge efficace des PVVIH.

Malheureusement au Burkina Faso, les activités des associations, bien qu'étant variées, souffrent d'un déficit de coordination. Il est nécessaire qu'une stratégie commune soit développée et mise en application par les associations et que leurs activités soient canalisées et évaluées par une structure qui idéalement serait un réseau des associations. Tel était l'objectif visé par la création de la Coordination des Associations de Soutien aux personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA (CAS/VIH), mais malheureusement trop de dissensions et de préoccupations monétaires ont empêché le réseau d'établir une concertation et une communication entre ses membres que sont les diverses associations de prise en charge du VIH/SIDA du Burkina Faso. De ce fait, aucune stratégie commune n'a été mise en place et seules quelques associations travaillent en collaboration de façon informelle et selon les liens créés avec les années.

A ce propos, les associations de prise en charge intervenant dans la ville de Ouagadougou ont adopté une délimitation (répartition géographique) de leurs aires d'intervention afin de rendre leurs activités plus efficaces au profit des PVVIH.

Concernant la collaboration des OBC avec les cliniciens du secteur public, on note l'existence à Bobo Dioulasso, d'un réseau de collaboration entre les cliniciens du Centre Hospitalier National Sourou Sanou (CHNSS), le CADI, REVS+ et le Centre SAS pour la prise en charge des malades du SIDA. De même à Ouagadougou, la création du CICDoc est un premier pas vers le dialogue entre les cliniciens et les associations. Il s'agit d'un cadre de rencontres où les échanges d'informations et la collaboration entre les médecins et les OBC est favorisée et où les PVVIH ont aussi droit de parole.

Ailleurs la concertation entre les associations et les cliniciens du secteur publique est un autre point majeur où d'importantes lacunes sont apparentes.

Bien que quelques associations aient réussi à établir des liens avec des médecins et aient créé ainsi un système de référence des patients voulant passer le test de dépistage ou des PVVIH nécessitant des services précis vers ces associations, la collaboration entre OBC et cliniciens du secteur publique est trop peu développée et trop informelle. La majorité des médecins ne connaissent pas les associations de prise en charge existant près de leur service sanitaire ni les activités de ces dernières. Il en résulte donc qu'ils ne peuvent référer convenablement leurs patients.

Quant à la collaboration des OBC avec les cliniciens du secteur privé, elle est très faible. Le secteur privé à but non lucratif collabore assez bien avec les OBC de Ouagadougou. C'est le cas du Centre Saint Camille qui assure la prise en charge médicale des malades et le dépistage du VIH à la demande des OBC.

La mauvaise coordination des activités des associations et le déficit de collaboration entre les OBC et les structures formelles de soins et services socio-sanitaires traduit la nécessité pour le CNLS/MST d'élaborer et de mettre en France des directives nationales concernant la prise en charge communautaire des PVVIH.

L'existence d'un guide (validé) de prise en charge des PVVIH au niveau communautaire contribue néanmoins à donner une plus grande visibilité à l'action des organisations à base communautaire.

En résumé, les acquis de la contribution des OBC de Ouagadougou et de Bobo Dioulasso entre 1997 et 1999 se présentent sommairement comme suit :

- 2 000 personnes ont bénéficié du conseil dépistage
- 500 malades ont bénéficié d'un accompagnement à l'hôpital
- 10 000 visites à domicile ont été effectuées
- 8 000 entretiens et divers services ont été fournis dans les centres tenus par les OBC

2. Soins à Domicile

Les soins à domicile représentent une composante majeure de la prise en charge des PVVIH. Ceux-ci (soins à domicile) peuvent être définis comme tous les soins que la PVVIH reçoit dans le confort de son domicile. Ces soins peuvent être administrés par la personne elle-même, sa famille, les membres de la communauté ou les agents de la santé.

Bien conçus et organisés, les soins à domicile peuvent offrir les avantages suivants parmi tant d'autres :

- Permettre de décongestionner les structures de santé (en réduisant la durée d'hospitalisation) ;
- Permettre à la PVVIH de rester active et productive autant que possible ;
- Permettre à la PVVIH d'être dans son milieu de vie habituelle entourée par sa famille et les amis ;
- Réduire la stigmatisation et la discrimination au niveau de la famille et de la communauté par l'éducation des familles et des communautés sur la prévention du SIDA ;
- Réduire les coûts liés aux soins hospitaliers et aux autres arrangements faits par la famille pour visiter et soutenir la personne hospitalisée.

Au Burkina Faso, les soins à domicile ne sont pas encore organisés de manière systématisée à part quelques initiatives ponctuelles entreprises par certaines OBC telles que la Bergerie et l'Association African Solidarité (AAS) à travers leurs centres de suivi médical respectifs : la Compassion et le Centre Oasis. Les services offerts par ces groupes se limitent essentiellement au réconfort moral, à quelques soins infirmiers, à des aides aux travaux domestiques et à un soutien matériel limité. Ces services souffrent le plus souvent de l'insuffisance de moyens humains et financiers et du secret qui entoure encore le VIH/SIDA limitant ainsi l'implication effective des membres de la famille et de la communauté dans l'administration des soins à domicile.

Il n'existe pas encore une politique nationale décrivant le paquet minimum des soins à donner à domicile au Burkina Faso ni des directives concernant l'administration appropriée des soins à domicile et l'établissement d'un système de référence adéquat entre les structures de santé et la maison et vice versa.

La mise en place au Burkina Faso d'un système efficace de prise en charge à domicile des PVVIH nécessite l'identification d'un modèle ou des modèles de provision des soins à domicile

réalistes et adaptés au contexte local, suivie du comblement des insuffisances notées ci-haut et la formation des personnes aux différents niveaux intervenant dans les soins à domicile.

Les facteurs suivants notés au cours de cette analyse situationnelle, peuvent soit faciliter soit rendre difficile la mise en place des programmes de prise en charge communautaire ou à domicile au Burkina Faso :

Opportunités

- La reconnaissance par le CNLS de l'importance de la prise en charge communautaire. En effet le CNLS apporte un appui technique, financier et matériel aux associations de lutte contre le SIDA.
- L'existence des ONG et autres organisations communautaires engagées et disposées à apporter leur contribution à la prise en charge de la PVVIH en complément de l'action menée par les structures sanitaires.
- La disposition actuelle des associations à rechercher une plus grande efficacité dans leurs actions.

Contraintes

- La pauvreté des populations qui limiterait la contribution des familles et des communautés à la prise en charge des PVVIH.
- La stigmatisation et la discrimination qui nécessitent que les soins aux PVVIH soient donnés dans le secret.
- La capacité technique et financière limitée des ONG et autres groupes communautaires intervenant dans la lutte contre le VIH/SIDA.

Cameroun

1. Prise en Charge Communautaire

Malheureusement à l'heure actuelle au Cameroun, bien que le rôle potentiel des communautés soit reconnu, la mobilisation des communautés est encore dans une phase naissante et se limite essentiellement à quelques activités de prévention et de visites à domicile menées essentiellement par les ONG de PVVIH.

Les quelques actions communautaires notées au cours de cette analyse situationnelle sont en général le résultat des initiatives individuelles des quelques ONG et groupes communautaires confrontés à la réalité quotidienne des effets néfastes du VIH/SIDA. Les actions menées sont fragmentaires et d'une couverture très limitée. Elles sont le plus souvent le prolongement des activités de prévention ou de prise en charge au niveau des structures de santé menées par les différentes ONG (ex: visite à domicile des PVVIH identifiées au niveau des structures de santé), plutôt que le résultat d'une action planifiée et coordonnée.

Malgré leur bonne volonté à se mobiliser face au défi de l'épidémie du VIH, les ONG et les groupes communautaires du Cameroun sont fortement limités par le manque des moyens

financiers et de connaissances suffisantes pour apporter une réponse appropriée. Il est toutefois encourageant de noter que la nécessité d'une réponse locale (communautaire) renforcée et coordonnée a été clairement reconnue et recommandée dans le cadre du plan stratégique national de lutte contre le SIDA récemment développé par le comité national de lutte contre le SIDA avec l'appui des différents partenaires.

La mise en place d'une réponse communautaire efficace nécessitera un partenariat effectif et fonctionnel entre le gouvernement, les prestataires des services de santé du secteur formel et les différentes organisations communautaires d'une part et, une collaboration et une coordination franche entre les différentes organisations communautaires entre elles d'autre part. Il sera indispensable que les autorités gouvernementales impliquent réellement les organisations non gouvernementales et communautaires en les soutenant et les accompagnant dans leurs efforts à travers la mobilisation des ressources nécessaires et adéquates et, l'amélioration de leurs capacités.

2. Soins à Domicile

Au Cameroun, les soins à domicile ne sont pas encore organisés de manière systématisée à part quelques initiatives individuelles menées par les groupes tels que la SWAA, l'AFSU, l'Hôpital du jour et les services médicaux catholiques qui assurent des soins à domicile. Les services offerts par ces groupes se limitent essentiellement au réconfort moral, quelques soins infirmiers, des aides aux PVVIH en effectuant pour eux quelques travaux domestiques, et un soutien matériel limité. Ces services sont souvent handicapés par les moyens humains et financiers limités et par le secret qui entoure encore le VIH/SIDA limitant ainsi l'implication effective des membres de la famille et de la communauté dans l'administration des soins à domicile.

Il n'existe pas encore une politique nationale décrivant le paquet minimum des soins à donner à domicile, ni de directives concernant l'administration appropriée des soins à domicile, ni l'existence d'un système de référence adéquat entre les structures de santé et la maison et vice versa.

La mise en place au Cameroun d'un système efficace de prise en charge à domicile des PVVIH nécessite l'identification d'un modèle ou des modèles de provision des soins à domicile réalistes et adaptés au contexte local, suivi du comblement des insuffisances notées ci-haut et la formation des personnes intervenant aux différents niveaux dans les soins à domicile.

Les facteurs suivants notés au cours de cette analyse situationnelle, peuvent soit faciliter soit rendre difficile la mise en place des programmes de prise en charge communautaire ou à domicile au Cameroun:

Opportunités :

- La reconnaissance par le CNLS de l'importance de la prise en charge communautaire. En effet dans notre discussion avec le Pr. Koulla, Secrétaire Générale du GTC/CNLS, elle a identifié la prise en charge communautaire comme un domaine prioritaire jusque-là négligé et qui doit être renforcé

- La réponse locale encouragée dans le cadre du plan stratégique du CNLS. Celle-ci donnerait l'impulsion aux communautés à se prendre en charge et formerait une base pour une prise en charge des PVVIH par les familles et les communautés
- L'existence des ONG et autres organisations communautaires engagées et disposées à apporter leur contribution à la prise en charge de la PVVIH en complément de l'action menée par les structures sanitaires
- La collaboration actuelle entre les structures de santé et les ONG qui peut être étendue et renforcée.

Contraintes :

- La pauvreté des populations qui limiterait la contribution des familles et des communautés à la prise en charge des PVVIH
- La stigmatisation et la discrimination qui nécessitent que les soins aux PVVIH soient donnés dans le secret
- La compétence limitée des ONG et autres groupes communautaires intervenant dans la lutte contre le VIH/SIDA

Côte d'Ivoire

1. Prise en charge Communautaire

Malheureusement à l'heure actuelle en Côte d'Ivoire, bien que le rôle des communautés soit reconnu, la mobilisation des communautés est encore à une phase naissante et se limite essentiellement à quelques activités de prévention et de visites à domicile menées essentiellement par les ONG de PVVIH.

Les quelques actions communautaires notées au cours de cette analyse situationnelle sont en général le résultat des initiatives individuelles des quelques ONG et groupes communautaires confrontés à la réalité quotidienne des effets néfastes du VIH/SIDA. Les actions menées sont fragmentaires et d'une couverture très limitée. Elles sont le plus souvent le prolongement des activités de prévention ou de prise en charge menées au niveau des structures de santé par les différentes ONG (ex: visite à domicile des PVVIH qui travaillent en collaboration avec certaines structures hospitalières), plutôt que le résultat d'une action planifiée et coordonnée.

Il n'existe pas de guide national de PEC communautaire de sorte que les quelques activités initiées par les ONG (à majorité de PVVIH) n'apportent pas une gamme variée de réponses aux nombreux problèmes rencontrés par les PVVIH dans leurs communautés. En plus de l'absence de documents, aucune formation sur l'ensemble des composantes de la prise en charge communautaire n'a été organisée en faveur des personnes qui mènent ces activités. Cette situation peut avoir des conséquences non escomptées sur la qualité des services et certainement sur la mobilisation communautaire pour lutter contre la stigmatisation, la discrimination et la transmission du VIH. Les activités menées se résument essentiellement aux visites à domicile.

A Abidjan, la couverture géographique des interventions est limitée aux communes de Treichville (Club des Amis), Yopougon (AMEPOUH, Ruban Rouge, GAP+PS) et Abobo (Lumière Action) où les ONG sus-citées organisent des activités de visites à domicile pour leurs membres. Quelques initiatives ont permis de soutenir des enfants orphelins et/ou vulnérables à Abidjan avec Lumière Action (soutenu par l'UNESCO et l'UNICEF) et SIDALERTE (soutenu par le projet FHI/IMPACT), à Bouaké et Korhogo avec Lumière Action. A Koumassi, le centre OASIS dirigé par une congrégation religieuse catholique prend en charge des enfants orphelins et/ou vulnérables sur le plan médical et alimentaire. Mais ces actions demeurent insuffisantes face à l'ampleur des besoins.

A l'intérieur du pays la PEC communautaire à Bouaké bien qu'elle ait du mal à faire face à la demande croissante, offre un paquet de services incluant le soutien psychologique, l'hébergement et les loisirs, le soutien alimentaire, les soins à domicile et le soutien économique. Au niveau de RSB, le projet « Secours » permet d'offrir des visites à domicile et des soins infirmiers aux PVVIH alors que la « Maison de transit » gérée par la même ONG permet aux PVVIH d'avoir un toit où dormir pendant 72 heures lorsque pour diverses raisons elles sont dans l'incapacité de rentrer à la maison.

Le centre SAS en collaboration avec la section Lumière Action de Bouaké et la mission Saint-Camille (institution caritative) apporte un soutien psychologique, alimentaire et juridique. Le centre SAS à travers un projet d'activités génératrices de revenus encadre 24 bénéficiaires pour un montant allant de 15 000 à 50 000 FCFA par bénéficiaire. L'ONG OSEAC a été citée comme une structure qui apporte un soutien économique aux PVVIH mais nous n'avons pas pu rencontrer ses responsables qui étaient absents de Bouaké. Ailleurs l'accompagnement psychologique est quasi inexistant. La section Lumière Action de Korhogo collabore avec le CIDV mais l'accompagnement communautaire y est encore timide.

L'ensemble des acteurs et des personnes ressources rencontrées tant à Abidjan qu'à l'intérieur du pays ont exprimé des besoins en formation. Peu de personnes ont été formées à faire face aux différents aspects de l'accompagnement communautaire des PVVIH et à faire face aux besoins exprimés par ceux-ci en fonction du stade évolutif de l'infection. La majorité des personnes impliquées ont acquis leur expérience sur le tas.

Malgré leur bonne volonté à se mobiliser face au défi de l'épidémie du VIH, les ONG et les groupes communautaires de Côte d'Ivoire sont fortement limités par le manque de moyens financiers et de connaissances suffisantes pour apporter une réponse appropriée. Si à Abidjan et Bouaké il existe des activités de PEC communautaire qui demandent à être renforcées tant en ce qui concerne leurs gammes qu'en ce qui concerne leurs impacts (nombre de personnes touchées et qualité des services), ailleurs en Côte d'Ivoire rien n'est encore fait. Il est toutefois encourageant de noter une mobilisation croissante des acteurs de la lutte contre le Sida concernant la PEC des PVVIH et surtout l'aspect communautaire qui est jusque-là resté le parent pauvre des interventions menées. Le bureau pays de l'ONUSIDA a annoncé le financement d'un vaste projet de mobilisation communautaire à l'échelle nationale dans les mois à venir en collaboration avec les ONG de PVVIH et le COSCI.

La mise en place d'une réponse communautaire efficace nécessitera un partenariat effectif et fonctionnel entre le gouvernement, les prestataires des services de santé du secteur formel et les différentes organisations communautaires d'une part et, une collaboration et une coordination franche entre les différentes organisations communautaires entre elles d'autre part. Il sera indispensable que les autorités gouvernementales impliquent réellement les organisations non gouvernementales et communautaires en les soutenant et les accompagnant dans leurs efforts à travers la mobilisation des ressources nécessaires et adéquates et, l'amélioration de leurs capacités.

2. Soins à Domicile

En Côte d'Ivoire, les soins à domicile en dehors de l'expérience de RSB à Bouaké sont inexistantes. A Bouaké dans le cadre du projet «Sécours », la ville de Bouaké est divisée en 4 zones. Chaque zone est couverte par un personnel de santé et l'ensemble de ces personnels est supervisé par un médecin. Des visites régulières et systématiques sont organisées pour les malades à domicile et en cas d'urgence chaque personnel de santé peut-être joint au téléphone à tout moment de la journée. Entre février 98 et juillet 99, les prestations suivantes ont été offertes :

- 2 605 visites à domicile
- 180 patients suivis dont 182 nursing
- 124 massages et rééducations motrices
- 158 poses de perfusion et diverses autres soins (consultations, dons de médicaments, références à l'hôpital du jour etc...)

Il n'existe pas encore une politique nationale décrivant le paquet minimum des soins à donner à domicile, ni de directives concernant l'administration appropriée des soins à domicile, ni l'existence d'un système de référence adéquat entre les structures de santé et la maison et vice versa.

La mise en place en Côte d'Ivoire d'un système efficace de prise en charge à domicile des PVVIH nécessite l'identification d'un modèle ou de modèles de provision des soins à domicile réalistes et adaptés au contexte local, suivi du comblement des insuffisances notées ci-haut et la formation des personnes intervenant aux différents niveaux dans les soins à domicile.

Les facteurs suivants notés au cours de cette analyse situationnelle, peuvent soit faciliter soit rendre difficile la mise en place des programmes de prise en charge communautaire ou à domicile en Côte d'Ivoire:

Opportunités

- La reconnaissance par l'ex PNLS/MST/TUB de l'importance de la prise en charge communautaire.
- La réponse locale encouragée dans le cadre du plan stratégique de l'ex PNLS/MST/TUB. Certaines bénéficient d'une subvention du gouvernement.
- L'existence des ONG et autres organisations communautaires engagées et disposées à apporter leur contribution à la prise en charge de la PVVIH en complément de l'action menée par les structures sanitaires

- La collaboration actuelle entre les structures de santé et les ONG qui peut être étendue et renforcée
- L'existence d'un collectif des ONG de lutte contre le Sida

Contraintes

- La pauvreté des populations qui limiterait la contribution des familles et des communautés à la prise en charge des PVVIH
- La stigmatisation et la discrimination qui nécessitent que les soins aux PVVIH soient donnés dans le secret
- La compétence limitée des ONG et autres groupes communautaires intervenant dans la lutte contre le VIH/SIDA
- Absence de guide de PEC communautaire
- L'insuffisance des ressources financières des ONG

Togo

1. Prise en Charge Communautaire

Au Togo, les activités de prise en charge au niveau communautaire des personnes vivant avec le VIH sont encore très peu développées. Il n'existe pas encore un effort concerté pour soutenir le renforcement de la prise en charge au niveau communautaire.

Les quelques activités de prise en charge communautaire qui sont actuellement menées sont pour la plupart localisées à Lomé. Ces activités sont parcellaires et d'une couverture limitée. Comme déjà mentionné plus haut dans ce document la grande majorité d'ONG concentrent leurs activités sur la prévention, essentiellement l'IEC. Il n'existe qu'un nombre très restreint d'ONG qui mènent des activités de soins et prise en charge des PVVIH.

Les activités des ONG qui offrent la prise en charge sont menées en collaboration avec des structures sanitaires. Cette collaboration relève plus d'une démarche individuelle de la part de personnes travaillant au niveau des structures sanitaires et qui ont des contacts personnels avec les ONG, que d'un effort systématique des autorités sanitaires d'impliquer les ONG et les groupes communautaire dans la prise en charge des PVVIH.

Les services offerts par les ONG de prise en charge comprennent : le counseling individuel, le counseling de la famille, l'assistance en médicaments en examens de laboratoire, les visites à domicile, les consultations médicales gratuites offertes par des médecins volontaires.

Malgré la détermination de ces ONG à contribuer à la réduction de l'impact du VIH/SIDA, leurs efforts sont fortement limités par le manque des moyens financiers et de connaissances suffisantes pour apporter une réponse appropriée. S'y ajoute un soutien encore peu marqué de la part des autorités, de même que la stigmatisation et la discrimination qui continuent à entourer le VIH/SIDA. Les ONG ont par exemple indiqué qu'à plusieurs reprises certains malades ont souhaité ne pas être visités à la maison de peur que la famille ou les voisins

n'apprennent le mal qui les affecte. Ces malades préfèrent donc venir au siège des ONG pour préserver leur secret, ce qui empêche très souvent l'implication de la famille dans la prise en charge.

Il est encourageant de noter que le PNLS et les différents partenaires reconnaissent le rôle important que les ONG et autres groupes communautaires peuvent jouer dans la prise en charge des PVVIH et leurs familles. Il y a par exemple des ONG qui reçoivent directement des financements de différents bailleurs de fonds travaillant au Togo. Il y a aussi eu un effort de la part du PNLS pour organiser les ONG en réseau afin de mieux coordonner leurs activités. Mais il existe encore quelques obstacles (compétition pour financement, manque de confiance, crainte de contrôle du PNLS, etc.) qui doivent être franchis.

Une prise en charge appropriée des PVVIH au niveau communautaire au Togo nécessitera un partenariat effectif et fonctionnel entre le gouvernement, les prestataires des services de santé du secteur formel et les différentes organisations communautaires d'une part et une collaboration et une coordination franche entre les différentes organisations communautaires entre elles d'autres part.

2. Soins à Domicile

Au Togo, les soins à domicile ne sont pas encore organisés de manière systématisée. Il existe quelques initiatives à l'actif de groupes tels que Aide Médicale et Charité, Espoir-Vie et Action Contre le SIDA. Ces groupes identifient les malades au niveau des structures sanitaires ou reçoivent les malades référés par d'autres prestataires des soins (ex : centre de dépistage et de conseil, médecins, autres ONG, etc.). Les services offerts par ces groupes se limitent essentiellement au réconfort moral, à quelques soins infirmiers, à une aide aux travaux domestiques et à un soutien matériel limité. Ces services sont souvent handicapés par les moyens humains et financiers limités et comme indiqué plus haut par le secret qui entoure encore le VIH/SIDA limitant ainsi l'implication effective des membres de la famille et de la communauté dans l'administration des soins à domicile.

Il n'existe pas encore une politique nationale décrivant l'approche (initiée à partir des structures sanitaires, initiée par la communauté ou approche mixte) à suivre pour organiser les soins à domicile au Togo, le paquet minimum des soins à donner à domicile. Il n'existe également pas de directives concernant l'administration appropriée des soins à domicile et l'établissement d'un système de référence adéquat entre les structures de santé et la maison et vice versa.

La mise en place au Togo d'un système efficace de prise en charge à domicile des PVVIH nécessite l'identification d'un modèle ou des modèles de fourniture des soins à domicile réalistes et adaptés au contexte local. Il sera aussi indispensable de renforcer la capacité des ONG et groupes impliqués dans la prise en charge et de réduire la stigmatisation et la discrimination vis-à-vis des PVVIH.

Au cours de cette analyse situationnelle, l'équipe a noté quelques facteurs pouvant soit faciliter soit rendre difficile la mise en place des programmes de prise en charge communautaire ou à domicile au Togo. Ces facteurs sont les suivants :

Opportunités :

- La reconnaissance par le PNLS de la place de la prise en charge à base communautaire et à domicile ainsi que le rôle important que peuvent jouer les ONG et les groupes communautaires.
- L'existence d'un nombre important d'ONG au Togo. Bien que celles-ci ne soient pas très développées et ne mènent actuellement pas d'activités de prise en charge, elles peuvent apporter une contribution appréciable si elles sont bien soutenues.
- L'ouverture d'esprit du personnel sanitaire à collaborer avec les ONG dans la prise en charge des PVVIH.
- La collaboration actuelle entre les structures de santé et les ONG qui peut être étendue et renforcée.

Contraintes :

- La pauvreté de la population qui limiterait la contribution des familles et des communautés à la prise en charge des PVVIH.
- La stigmatisation et la discrimination qui nécessitent que les soins aux PVVIH soient donnés dans le secret.
- La capacité technique limitée des ONG intervenant dans la lutte contre le VIH/SIDA.

3.2.3. Prise en Charge Sociale

Les PVVIH et leurs familles sont confrontées à un nombre important de problèmes sociaux au cours de la maladie. Parmi ces problèmes on peut noter l'isolement, la perte de revenu, les dépenses médicales croissantes, les frais de funérailles, et les besoins des enfants vulnérables ou orphelins. La plupart de ces problèmes sont liés directement ou indirectement à l'impact économique du VIH/SIDA sur l'individu et/ou sa famille.

Pour minimiser l'impact de ces problèmes sur les individus et les familles, il est important d'organiser une prise en charge sociale des personnes infectées et affectées par le VIH. Cette prise en charge consiste à aider directement les personnes nécessiteuses, à aider les familles à maintenir ou à générer des ressources pouvant leur permettre de subvenir à leurs besoins et à prendre soins du membre de famille malade et enfin, à soutenir les communautés et les groupes communautaires à organiser et mettre en place des activités de soutien socio-économique répondant aux besoins des personnes, des familles, et des communautés.

Burkina Faso

Au Burkina Faso, de nombreuses OBC sont engagées dans la prise en charge sociale des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA. Les activités telles que l'aide alimentaire, le

soutien nutritionnel, les activités génératrices de revenu, le soutien aux enfants vulnérables et orphelins ainsi qu'aux veuves sont développées par une dizaine d'associations aussi bien à Ouagadougou qu'à Bobo Dioulasso. Dans ces 2 villes, les activités de prise en charge sociale menées par ces OBC entre 1997 et 1999, peuvent se résumer comme suit :

- 400 orphelins ont bénéficié de frais scolaires et d'effets vestimentaires,
- 80 veuves de personnes décédées du VIH/SIDA ont été soutenues financièrement et matériellement,
- 450 PVVIH ont bénéficié d'une aide alimentaire,
- 150 PVVIH ont bénéficié de mesures de réinsertion sociale à travers des activités génératrices de revenus.

Les opportunités et contraintes décrites dans le contexte de la prise en charge communautaire et à domicile plus haut dans ce rapport s'appliquent aussi à la prise en charge sociale.

Cameroun

Au Cameroun, il était évident pendant la visite que cet aspect de la prise en charge était quasi inexistant du fait de l'attention de la réponse nationale jusque-là centrée sur la prise en charge médicale. Les activités telles que le soutien nutritionnel, les activités génératrices de revenu, et le soutien aux enfants vulnérables et/ou orphelins ne sont pas encore développées.

L'équipe a toutefois constaté qu'il y avait quelques initiatives limitées de la part des certaines ONGs et de certaines oeuvres sociales religieuses pour répondre à quelques besoins sociaux des personnes infectées ou affectées. On a noté par exemple que les oeuvres médicales catholiques, la SWAA, l'AFSU offrent des visites à domicile et une aide sociale limitée aux PVVIH et leurs familles. Bien que nous n'ayons pas eu l'opportunité de rencontrer l'association camerounaise des femmes juristes (ACAFEJ), cette organisation a été citée par plusieurs personnes ressources comme une source d'aide juridique pour les PVVIH. Quelques activités limitées de soutien aux orphelins ont été également mentionnées à Douala et sont menées par les ONG « Centre d'Accueil et de l'Espoir » et la SWAA avec le soutien financier du FNUAP.

Les opportunités et contraintes décrites dans le contexte de la prise en charge communautaire et à domicile plus haut dans ce rapport s'appliquent aussi à la prise en charge sociale.

Côte d'Ivoire

En Côte d'Ivoire, la prise en charge sociale a essentiellement été organisée par les différentes communautés de PVVIH. Au niveau d'Abidjan, quelques activités communautaires d'aide sociale ont été initiées pour apporter un soutien social aux PVVIH. En plus du soutien alimentaire et éducationnel apporté aux orphelins et aux enfants vulnérables, Lumière Action met en valeur 2 hectares de manioc en milieu rural à Agboville. Cette activité permet non seulement à ses membres de jouer un rôle social dans la communauté et de se sentir utile mais elle constitue une source importante de revenu qui permet aux PVVIH de se prendre en charge et d'améliorer

leur qualité de vie. Dans la commune d'Abobo, cette même ONG gère un atelier de couture qui même s'il ne génère pas de bénéfices permet aux membres d'être actifs. Il en est de même pour d'autres ONG telles que Ruban Rouge (boutique à Yopougon), Club des Amis (ferme de poulets de chairs, activités de génératrices de revenus au profit de 10 femmes d'un montant allant de 50 000 à 150 000 F CFA).

Les opportunités et contraintes décrites dans le contexte de la prise en charge communautaire et à domicile plus haut dans ce rapport s'appliquent aussi à la prise en charge sociale.

Togo

Cet aspect de la prise en charge est encore embryonnaire au Togo. Les activités telles que le soutien nutritionnel, les activités génératrices de revenus, l'organisation des groupes d'auto-soutien, et le soutien aux enfants vulnérables et orphelins ne sont organisées qu'à une échelle très limitée par quelques ONG. Au cours de la visite on a noté par exemple que les ONG telles que FAMME, ACS, AMC et Espoir-Vie offrent des visites à domicile, l'aide alimentaire, l'aide en médicaments, et la prise en charge des orphelins. Ces activités sont limitées en nombre de personnes desservies et semblent pour la plupart concentrées à Lomé.

Les opportunités et contraintes décrites dans le contexte de la prise en charge communautaire et à domicile plus haut dans ce rapport s'appliquent aussi à la prise en charge sociale.

3.3. Prise en Charge des Infections Sexuellement Transmissibles

Les IST figurent parmi les cinq causes les plus fréquentes de demande de soins des adultes vivant dans les pays en développement. L'Afrique sub-saharienne paye le plus lourd tribut de ce fléau. Les conséquences sanitaires sont importantes. Chez les femmes de 15 à 44 ans, la morbidité et la mortalité provoqués par les IST viennent en deuxième position après les causes liées à la maternité. Par ailleurs, il est clairement démontré par les études épidémiologiques que les IST qu'elles soient ulcéraives ou non favorisent la transmission du VIH. Il semble en outre que le VIH modifie le cours naturel de certaines IST.

Le contrôle des IST compte ainsi parmi les stratégies prioritaires de prévention de la transmission du VIH. Ce contrôle passe par un ensemble d'interventions qui va des activités en vue d'un changement de comportements intégrant les comportements de recherche d'une meilleure santé, à la promotion des préservatifs en passant par la prise en charge correcte des cas d'IST, les interventions en direction des groupes à risque noyaux de transmission des IST. Ces interventions doivent être soutenues par la formation et la supervision des personnels de santé, la disponibilité et l'accessibilité à des médicaments efficaces et à moindres coûts, ainsi que par le développement d'un réseau cohérent de laboratoires hiérarchisés pour les enquêtes épidémiologiques et la surveillance de la sensibilité aux antibiotiques.

Burkina Faso

Au Burkina Faso, les données permettant de se faire une idée de la demande de soins IST sont parcellaires. En effet, si l'on se réfère au SNIS 16 641 patients porteurs d'IST ont été reçus en 1996 au Burkina Faso. Selon les statistiques des cliniques jeunes de l'ABBEF les IST représentent en moyenne 15 à 20 % des consultations. Au niveau de la clinique des jeunes du secteur 10 de Ouagadougou, on a dénombré 107 personnes porteuses d'IST sur 327 reçues en consultation de gynécologie, soit 33%.

Organisation du contrôle des IST

Le contrôle des IST compte parmi les stratégies de lutte contre l'infection à VIH au Burkina Faso et des interventions de grande envergure ont permis d'intégrer la prise en charge de ces infections au paquet minimum des soins des structures de santé. L'approche syndrômique est adoptée depuis 1992 et les algorithmes ont été révisés et ont fait l'objet d'une diffusion à large échelle.

Il existe un groupe technique de travail sur les IST qui réunit tous les partenaires intervenant dans ce domaine dont les principaux sont l'OMS, le projet Sida II et l'UE. Il faut cependant noter que c'est le PPLS qui a permis d'assurer la formation des personnels de santé situés dans les zones non couvertes par les partenaires qui soutiennent la prise en charge et le contrôle des IST. Ainsi 4067 agents ont pu être formés dans les 53 districts du pays.

Les données disponibles laissent présumer d'une assez bonne intégration de la planification familiale et des IST. Les points de prestation de PF semblent constituer des points privilégiés de consultation des IST. Le nombre relativement élevé de femmes reçues dans les centres de PF pourrait également expliquer qu'elles en constituent le gros de la consultation des IST (75 à 80 % des personnes reçues à la consultation des cliniques de l'ABBEF). En tout état de cause, il n'existe pas de structures spécialisées dans la prise en charge des IST. Les informations recueillies auprès de quelques prestataires de PF rencontrés font état de la prise en compte du risque des IST dans le conseil en vue de la contraception.

La prise en charge des groupes à risque et notamment des prostituées est assurée dans le cadre du programme régional PSAMAO qui cible les camionneurs et les professionnelles du sexe le long des axes migratoires. Ce projet est essentiellement axé sur la prévention.

En milieu urbain, notamment à Ouagadougou et à Bobo, des expériences naissantes de prise en charge sont initiées. A Ouagadougou, l'ONG AFAFSI a, grâce à des financements du FNUAP, entrepris un travail de sensibilisation et de cartographie des "femmes à partenaires multiples". Cette intervention est parfois renforcée par des activités de dépistage actif avec l'appui du projet Sida II.

En outre, la perspective d'ouverture de cliniques IST est en cours d'étude. A noter que le service d'hygiène sous la responsabilité de la Ville de Ouagadougou, offre une prise en charge informelle dans le cadre de ses missions de contrôle de la vente des denrées alimentaires. Ainsi les

tenancières de restaurants et autres lieux de ventes de denrées alimentaires et de boissons bénéficient-elles de cette prise en charge informelle.

A Bobo, l'expérience a démarré par un projet de recherche menée par le Centre Muraz sur une cohorte de prostituées. Celles ci se sont organisées au sein d'une association (YERELON) qui tente de poursuivre les activités de prise en charge avec le soutien informel de certains médecins ou professionnels de santé.

Prise en charge clinique

Bien que les formations aient été réalisées à large échelle, il se pose le problème du suivi et de la supervision des personnels pour une application effective et efficace des recommandations. A cet égard les résultats des enquêtes IP6 et IP7 sont intéressantes. La première a été effectuée en 1997 et a concerné les provinces du Boulgou et du Nahouri dans les régions sanitaires de Tenkodogo et de Ouagadougou. La seconde a été réalisée en 1999 dans la région sanitaire de Fada. Les deux enquêtes concluent à une faible qualité de la prise en charge.

Tableau 16 : Résultats des enquêtes IP6 et IP7 menées en 1997 (Boulgou et Nahouri) et 1999 (Fada)

Enquêtes	Score IP6		Score IP7	
	Observation	Interview	Observation	Interview
Boulgou et du Nahouri 1997	6%		8%	
Région sanitaire de Fada 1999	9,8%	0%	11,8%	82,2%

Source : CNLS

Ces deux enquêtes ont en outre permis d'identifier un certain nombre de contraintes telles que la faible fréquentation des structures de santé pour les MST, la pratique fréquente de l'automédication, mais surtout la non disponibilité de certains médicaments IST. Concernant ce dernier point, des efforts importants ont été consentis par le CNLS mais également par la CAMEG qui importe les médicaments IST selon les besoins exprimés par le CNLS. Ceci ne garantit toutefois pas, au niveau décentralisé, le bon fonctionnement des dépôts pharmaceutiques qui enregistrent assez souvent des ruptures de stock.

Il faut signaler la tentative d'introduction de kits de médicaments IST par le projet SIDA II (qui les conditionne et les distribue aux structures qu'il appui). Cette démarche recommandée par le CNLS, précise que les traitements soient prescrits sous forme de kits. La CAMEG, bien qu'ouverte au processus, exige des moyens pour confectionner les kits.

Il semble par ailleurs que le prix de vente unitaire des médicaments dans les kits soit globalement inférieur au prix de vente des mêmes médicaments hors-kits, ce qui constituerait un manque à gagner pour les dépôts périphériques.

Diagnostic de laboratoire

Le diagnostic biologique des IST ne semble pas bénéficier de la même attention que celle de l'infection à VIH. Il n'existe apparemment aucun système de référence recours ni de contrôle

de qualité. De fait, l'utilisation du laboratoire par les prestataires de santé est assez faible pour les IST, probablement en raison de l'adoption de l'approche syndromique.

Selon l'enquête de 1997 seuls 3% (2/77) des soignants avaient demandé une coloration de gram et seulement 1% (1/84) une sérologie syphilitique. D'autres examens tels que les urocultures et les prélèvements vaginaux ont été demandés par 25% des prestataires.

Selon les données de l'ABBEF le recours au laboratoire va de 4% (29/797 Ouagadougou, an 2000) à 19% (27/143 Koudougou, an 2000).

Au plan structurel, le plateau technique des laboratoires des centres est faible et se résume souvent à la seule présence d'un microscope. Selon l'enquête IP6 IP7 de 1997, 45% (54/120) des agents interrogés ont noté que leur centre disposait d'un microscope et les types d'examens qui pouvaient être effectués se répartissaient comme suit :

Tableau 17 : Répartition des types d'examens pratiqués

Type d'examen	%
Etat frais	24%
Coloration de Gram	26%
VDRL	17%
Examen microscopique à fond noir	0%

Source : CNLS

Toujours selon l'enquête, 71% des soignant adressent leurs patients à une autre structure pour examens de laboratoire dont les plus demandés sont :

- Examen cytobactériologique des urines (ECBU)
- BW VDRL/TPHA
- Prélèvement vaginal
- Uroculture et antibiogramme

Les opportunités et contraintes relatives à la PEC des IST sont :

Opportunités

- L'existence de documents de politique et guide de PEC en cours de révision
- Le soutien de la PEC des IST par les partenaires au développement
- L'existence des OBC travaillant avec des populations à haut risque et vulnérables
- L'adoption depuis octobre 1999 du principe des kits IST par le CNLS dans le cadre de la politique nationale
- La prédisposition de la CAMEG à conditionner les kits IST
- L'existence d'un cadre national de réflexion constitué par les experts nationaux et les partenaires au développement

Contraintes

- L'insuffisance des ressources humaines
- L'absence de supervision par le CNLS des activités de prise en charge des IST

Cameroun

Au Cameroun, la demande de prise en charge des IST est importante. Les prestataires sont toutefois unanimes à faire remarquer que les structures de santé sont rarement le premier recours des patients IST. L'automédication jouerait un rôle très important. Les patients pouvant se procurer les médicaments soit dans le cadre du marché libre de médicaments (exemple du "gazon" au marché de Douala) soit directement dans les officines où la délivrance des médicaments sans ordonnance est une pratique courante.

Organisation du contrôle des IST

Il existe un programme de lutte contre les IST au Cameroun. Celui-ci a abandonné l'approche verticale spécialisée qui existait autrefois à travers des dispensaires antivénéériens au profit d'une approche horizontale intégrant la prise en charge des IST aux consultations curatives des structures de soins de santé primaire. La réputation des anciens dispensaires antivénéériens semble encore vivace au sein de la population qui continue à rechercher des soins IST en priorité dans ces structures (exemple CMA Congo II à Douala, Centre médico-social Elig Essono à Yaoundé).

La prise en charge intégrée des IST se fait en utilisant des algorithmes de prise en charge. Ceux-ci ont été élaborés avec le soutien de certains partenaires au développement (FHI/AIDSCAP, GTZ) mais ne semblent pas avoir fait l'objet d'une diffusion à large échelle. En effet, pratiquement aucun des prestataires rencontrés ne disposait des algorithmes élaborés et à fortiori ne les utilisait dans leur pratique quotidienne. Il semble par ailleurs que ces algorithmes ne soient pas les seuls à être préconisés sur l'ensemble du territoire national.

Il est difficile de se faire une idée sur l'intégration des services de santé maternelle et infantile/planification familiale et, la prise en charge des IST. Toutefois, sur la base des informations obtenues sur le terrain, il ne semble pas que les points de prestation de PF aient fait l'objet d'une attention particulière en ce qui concerne les IST. Le dépistage de la syphilis chez les femmes enceintes fait cependant partie des recommandations nationales et semble bien appliqué.

Il n'existe aucune intervention structurée en direction des groupes à risque et notamment des prostituées. Certains projets de recherche notamment sur le nonoxyno-9 ont travaillé sur des cohortes de travailleuses du sexe et ont permis de mener quelques activités de prévention et de prise en charge. Toutefois ces activités n'ont pas été poursuivies à la fin des projets.

Prise en charge clinique

La plupart des prestataires de soins utilisent l'approche étiologique pour la prise en charge des IST. Cette situation découle de plusieurs facteurs, entre autres, la présence quasi constante de laboratoires dans les structures de santé, l'exigence des malades à subir des examens complémentaires, le poids important du laboratoire dans le processus de recouvrement des coûts des structures et le fait que les patients se présentent le plus souvent au stade subaigu ou chronique de l'infection du fait de l'automédication.

Il n'a pas été possible de procéder à des observations sur la prise en charge des IST. Cependant les entretiens menés avec les prestataires de services révèlent une faible qualité de la prise en charge. Ainsi aucun prestataire (médecins et infirmiers confondus) n'a fait état d'un interrogatoire correct des patients avec IST. Il en était de même pour l'examen physique.

Pour ce qui est du traitement, un seul prestataire a énoncé des traitements corrects sur une base syndromique.

Lorsqu'ils sont disponibles, les médicaments sont achetés par les patients à la pharmacie de la structure sanitaire. Mais généralement, les patients sont obligés de s'approvisionner dans les officines privées.

Les prestataires rencontrés affirment donner des conseils sur le traitement et les comportements sexuels à adopter à leurs patients IST. La qualité de ces conseils semble cependant très variable. Si la prise en charge des partenaires est toujours évoquée, il n'en est pas de même en ce qui concerne l'adhérence au traitement.

La promotion du préservatif ne semble pas systématique auprès des patients IST. Bien qu'on ait observé souvent la présence de pénis modèle pouvant faire penser que la démonstration de l'utilisation du préservatif est effective, celle-ci n'est pas systématiquement faite par les différents prestataires rencontrés. Aucune structure ne dispose de préservatifs pour en distribuer gratuitement aux patients avec IST, la politique de promotion et de distribution du préservatif étant essentiellement basée sur le marketing social.

Diagnostic de laboratoire

Les examens les plus communément effectués sont les suivants:

- Examen cyto bactériologique de prélèvement urétral (PU) et cervico-vaginal (PCV). La culture est rarement disponible
- Sérologie chlamyidienne avec des tests rapides à la recherche des IgM.
- Sérologie syphilitique (VDRL et TPHA)

Le matériel le plus souvent disponible est composé d'un microscope, d'un rotateur, d'une centrifugeuse et d'un réfrigérateur. Il arrive cependant que le matériel se résume à la seule présence d'un microscope. Le délai pour rendre les résultats est généralement court, souvent le jour même du prélèvement.

On trouve le plus souvent comme responsable de laboratoire un ou une technicien(ne) supérieur de laboratoire aidé par des assistants techniciens de laboratoire. La plupart ont été formés dans des écoles nationales. Il existe par ailleurs des possibilités de formation par des institutions privées dans ce domaine.

Opportunités :

- L'existence d'un document de projet de politique nationale de prise en charge des IST au premier échelon de la pyramide sanitaire
- La disponibilité de médicaments efficaces contre les agents des IST sur la liste des médicaments distribués par la CENAME
- L'intégration de la prise en charge des IST dans les services curatifs généraux
- La volonté des responsables du GTC de promouvoir l'approche syndromique

Contraintes :

- La réticence des personnels de santé à l'utilisation de l'approche syndromique pour la PEC des IST
- Le manque de formation des personnels de santé
- l'absence de diffusion du guide de traitement des IST
- L'absence de supervision des activités de prise en charge des IST
- L'importance du recours à l'automédication et aux structures informelles (tradipraticiens, pharmaciens, vendeurs ambulants) pour le traitement des IST
- Le manque de surveillance de la résistance des agents des IST aux antibiotiques

Côte d'Ivoire

En 1995, les IST représentaient 5% des motifs de consultations des formations sanitaires publiques d'Abidjan. Malheureusement il n'existe pas de système fiable à l'échelle nationale de notification et de gestion des données relatives aux IST. Il est donc quasiment impossible d'avoir une idée réaliste de l'ampleur du problème. Cependant, de l'avis des différents intervenants rencontrés et à la lumière des observations sur les différents marchés de la ville d'Abidjan, il apparaît que l'automédication est un comportement répandu parmi les malades IST qui ont souvent recours aux officines privées et aux vendeurs ambulants pour se faire soigner. Par ailleurs, dans les quartiers populaires comme Abobo, Koumassi, Port-Bouet, etc, les dispensaires privés tenus par des personnels souvent peu ou non qualifiés jouent un rôle important dans le traitement des IST.

Organisation du contrôle des IST

Le programme de lutte contre les IST est depuis 1992 intégré à celui de la lutte contre le Sida. Malheureusement ce programme de lutte contre les IST n'a pas bénéficié de ressources humaines et matérielles suffisantes pour travailler. Le programme de lutte contre les IST se résumait de 1992 à 1999 à un chef de section (qui ne travaillait pas à plein temps) et une secrétaire. Depuis 1999, ce service est officiellement vacant. Malgré ces difficultés, le contrôle des IST a connu des étapes décisives. Organisées sur les trois niveaux de la pyramide sanitaire et intégrée aux soins de santé primaire, le programme de lutte contre les IST a institué en Côte d'Ivoire l'approche syndromique avec l'utilisation d'algorithmes pour le diagnostic et le traitement des IST. Selon les différents syndromes identifiés, des kits de traitement ont été confectionnés (avec des médicaments génériques) en collaboration avec la Pharmacie de la Santé

Publique. En 1995, le premier guide thérapeutique des IST a été élaboré dans le cadre du Projet Santé Abidjan (PSA) de la coopération française et en 1996 il a été révisé et édité pour être utilisé à l'échelle nationale. En 2000, ce guide thérapeutique a été encore révisé et attend d'être édité.

Le contrôle des IST en Côte d'Ivoire est confronté à la formation des personnels de santé. Bien que quelques formations aient été organisées dans certaines régions (Montagnes, Vallée du Bandama, Lacs et Haut-Sassandra avec la GTZ, région du Moyen-Comoé avec la Coopération Belge, région des Lagunes avec le PSA), la grande majorité des personnels de santé reste à former. Les gestionnaires des pharmacies d'hôpitaux sont peu informés de l'existence des kits de traitement des IST et les fréquentes mutations des personnels formés sont autant de contraintes à la lutte contre les IST en Côte d'Ivoire.

Le projet SIDA 2 de la coopération canadienne intervient dans les régions des Lagunes, de la Vallée du Bandama et du Bas-sassandra et dans les sociétés agro-industrielles (PALM-CI, SAPH, SOGB) où le contrôle des IST est organisé en collaboration avec les districts sanitaires concernés. La prise en charge se fait par l'approche syndromique.

Le projet SFPS/FHI/IMPACT a soutenu l'intégration de la PEC syndromique des IST dans 20 cliniques de planification familiale en collaboration avec l'AIBEF à travers toute la Côte d'Ivoire. Malheureusement, bien que les syndromes IST soient fréquents dans le contexte des cliniques de PF, cette activité bat de l'aile. Les cliniques sont en permanence en rupture de stock de kits de traitement, le système de collecte et de gestion des données est défaillant.

Il apparaît grâce aux efforts conjugués de différents intervenants, de la PSP et du PNLS/MST/TUB, que l'adoption de l'approche syndromique par les personnels de santé est de plus en plus répandue. Les ventes de kits de traitement des IST par la PSP (Tableau 18) a plus que doublé entre 1997 et 1999 passant de 24 154 à 51 230 unités vendues. Cette tendance a également été observée avec la vente des kits uret-P et uret-S utilisés pour traiter les écoulements uréthraux chez l'homme (signe plus spécifique d'IST). Les statistiques de ventes des kits de traitement des IST donnent une idée de la prévalence des IST principalement dans les formations sanitaires publiques du pays, même si les chiffres à notre avis restent bien en deçà de la réalité. La situation dans le secteur privé ou informel reste difficile à appréhender.

Tableau 18: Nombre de kits vendus par la PSP

	1997	1999
Salpin-P	252	549
Salpin-S	5	319
Leucoge-S	701	914
Leucoge-P	2617	4514
Ulgén-P	3777	5891
Leuco-P	6789	15 047
Leuco-S	1446	2150
Uret-P	7179	18 658
Uret-S	1388	3188
Total	24 154	51 230

Source : PSP

Les interventions structurées en directions des groupes cibles (travailleuses du sexe) ont véritablement démarrées en 1991 avec le Programme de Prévention des Prostituées et de leurs clients (PPP). Les institutions partenaires sont : PNL/MST/TUB, INSP, RETRO-CI, IMT (Anvers, Belgique), PSI, OMS, ONUSIDA, PNUD, FNUAP. Ce programme comporte trois principaux axes d'interventions :

- éducation et mobilisation communautaire
- promotion et accessibilité aux condoms
- prise en charge des IST et conseils et tests VIH volontaires

Le PPP en dehors de la ville d'Abidjan où il collabore avec le RETRO-CI, est présent dans d'autres villes : Bouaké, Daloa, Korhogo et San-Pédro. A Abidjan, le PPP collabore avec la clinique «Confiance » animée par le RETRO-CI. Cette clinique offre des services de traitement gratuits des IST (diagnostiqués par des examens de laboratoires) chez les travailleuses du sexe et organise des activités communautaires d'éducation et de mobilisation communautaire. La prévalence de l'infection à VIH chez les travailleuses de sexe fréquentant la clinique « Confiance » est passée de 86% à 38% et l'utilisation des condoms est passée de 20% à 80% entre 1992 et 1999.

Prise en charge clinique

La prise en charge des IST se fait couramment sur la base des signes cliniques en Côte d'Ivoire du fait essentiellement de l'absence de laboratoires fonctionnels dans la majorité des formations sanitaires du pays. Cette situation a été confortée par l'adoption de l'approche syndromique par le programme de lutte contre les IST.

Il n'a pas été possible de procéder à des observations sur la prise en charge des IST. Cependant les entretiens menés avec les prestataires de services révèlent un manque de connaissance de leur part des différents algorithmes de traitement et surtout des kits de traitement disponibles à la PSP. Ce constat nous amène à déduire malgré le fait que nous n'ayons pas pu observer les prestataires que la prise en charge des IST est de faible qualité. Le projet SIDA 2 dans son rapport d'activités de la période de janvier à juin 1999 paru en janvier 2000 portant sur la supervision de 22 infirmeries privées d'Abobo révèle au sujet de personnels de santé formés à l'approche syndromique: *«l'insuffisance dans la relance des partenaires et le faible taux d'adéquation diagnostic/traitement) ».*

La prise en charge des IST en Côte d'Ivoire est organisée autour du service de Dermatologie-Vénérologie du CHU de Treichville, des 3 Dispensaires anti-Vénéériens (Adjamé, Treichville et Daloa) et de l'unité IST de l'Institut Pasteur qui constituent les niveaux de référence. Malgré les difficultés sus-évoquées, on note une augmentation de la prise en charge des IST due en grande partie à la formation d'un nombre croissant des prestataires.

Diagnostic de laboratoire

Le diagnostic de laboratoire est peu utilisé en dehors des structures de référence. Les prestataires traitent les IST sur la base des symptômes et des signes cliniques décrits.

Malheureusement peu de prestataires connaissent les kits de traitement confectionnés par la PSP pour la PEC des IST.

Là où les laboratoires de diagnostic biologique des IST sont fonctionnels, les examens ci-après sont pratiqués :

- Examen cyto bactériologique de prélèvement urétral (PU) et cervico-vaginal (PCV). La culture est rarement disponible.
- Sérologie syphilitique (VDRL et TPHA)

La sérologie syphilitique est le plus souvent pratiquée dans le cadre du bilan prénatal des femmes enceintes. Il arrive souvent que le matériel se résume à la seule présence d'un microscope. Le délai pour rendre les résultats est généralement court, souvent le jour même du prélèvement.

L'Institut Pasteur en tant que laboratoire national de référence est une institution de soutien à la PEC des IST en routine. Il dispose d'une unité IST qui offre des prestations suivantes : consultations IST, diagnostic microbiologique et immunologique. En tant que laboratoire national de référence, l'Institut Pasteur surveille le niveau de résistance des germes aux différents antibiotiques existants sur le marché.

Opportunités

- L'existence d'un document de projet de politique nationale de prise en charge des IST
- L'intégration de la PEC des IST aux soins de santé primaire
- La disponibilité de médicaments efficaces contre les agents des IST sur la liste des médicaments distribués par la PSP
- La volonté des responsables du programme de lutte contre les IST de promouvoir l'approche syndromique
- La confection des kits IST par la PSP
- L'existence d'un laboratoire national de référence qui surveille la résistance des germes aux antibiotiques
- L'existence d'un Groupe Ivoirien de lutte contre les IST (GIL-IST)

Contraintes

- Les difficultés du programme de lutte contre les IST à coordonner le contrôle des IST en Côte d'Ivoire
- La réticence des personnels de santé à l'utilisation de l'approche syndromique pour la PEC des IST
- Le manque de formation des personnels de santé
- l'absence de diffusion du guide de traitement des IST
- L'absence de supervision des activités de prise en charge des IST
- L'importance du recours à l'automédication et aux structures informelles (tradipraticiens, pharmaciens, vendeurs ambulants) pour le traitement des IST

Togo

Au Togo, la demande de prise en charge en ce qui concerne les IST est variable. Comme évoqué antérieurement la charge de travail des IST dans les structures de santé varie de 5 à 25%. Comme dans la plupart des pays où la vente informelle de médicaments est largement répandue, l'automédication jouerait un rôle important dans le circuit thérapeutique des patients IST au Togo.

Organisation du contrôle des IST

Il existe un programme de lutte contre les IST au Togo. La prise en charge est intégrée aux soins de santé primaires depuis 1994 et des guides de prise en charge ont été élaborés d'abord en 1992 et révisés en 1998. Depuis plusieurs années l'OMS est le seul partenaire qui soutient spécifiquement les activités IST notamment la formation et la supervision. Ainsi plusieurs sessions de formation ont été organisées notamment sur l'utilisation des nouveaux algorithmes mais l'insuffisance des ressources n'a permis qu'une couverture au 2/3 de l'ensemble des personnels de santé concernés.

Il est difficile de se faire une idée sur l'intégration soins maternels et infantiles / planification familiale et prise en charge des IST. Le dépistage de la syphilis chez les femmes enceintes fait partie du bilan prénatal avec toutefois une observance très variable en fonction de la disponibilité des laboratoires et surtout de l'accessibilité économique des tests.

La prise en charge des groupes à risque et notamment des prostituées est assurée dans le cadre du programme régional PSAMAO qui cible les camionneurs et les professionnelles du sexe le long des axes routiers. L'ONG FAMME, qui participe à ce projet, développe également des activités de prévention dans les maisons closes. Une visite sur le terrain a permis de se rendre compte du travail effectué avec les leaders formés comme paires éducatrices sur les IST et le VIH et la nécessité d'utiliser le préservatif. Toutefois, le dépistage et la prise en charge des IST ne sont pas systématiquement assurés.

Prise en Charge Clinique

Malgré les formations réalisées sur l'approche syndromique, l'utilisation de cette approche est encore faible. L'approche clinique semble la plus utilisée l'appui en laboratoire étant peu disponible. Il semble que dans les zones non couvertes par les formations, les guides de prise en charge aient fait l'objet d'une distribution sommairement commentée à l'occasion d'une réunion de coordination de district. En tout état de cause, les réponses apportées par les prestataires révèlent une mauvaise voire une absence d'application des algorithmes.

En ce qui concerne le traitement tous les médicaments préconisés par les algorithmes sont présents dans la liste des médicaments essentiels et disponibles dans les formations sanitaires.

Lorsqu'ils sont disponibles, les médicaments sont généralement achetés par les patients à la pharmacie de la structure. Lorsqu'il s'agit de spécialités, ils sont obtenus auprès des officines privées.

En ce qui concerne les conseils donnés aux patients, la plupart des prestataires évoquent spontanément dans leurs réponses la prise en charge des partenaires mais insistent peu sur l'observance du traitement

Quant à la promotion des préservatifs elle n'est pas systématique les prestataires considérant que leur disponibilité et leur accessibilité sont largement assurés sur le marché. Il a cependant été observé, dans certaines structures, la présence de préservatifs périmés ce qui bien entendu peut avoir une influence négative sur l'efficacité et l'acceptabilité du préservatif.

Diagnostic de laboratoire

Au contraire de l'infection à VIH, il n'y a pas d'organisation de la formation et de la supervision des laboratoires en ce qui concerne les IST. Cette activité ne fait pas partie des missions du CNR. Ce dernier ne dispose lui-même que d'un laboratoire d'IST peu développé.

Les principaux examens effectués sont :

- La recherche de Gonocoque, Trichomonas vaginalis, Candida albicans et de la vaginose bactérienne par prélèvements génitaux avec examen à l'état frais et coloration de gram. La culture est rarement disponible.
- La recherche de chlamydiae est également rarement disponible
- Le diagnostic de la syphilis par le RPR et TPHA

Globalement les laboratoires sont peu équipés pour le diagnostic des IST. Il s'agit le plus souvent de microscopes, de centrifugeuses et de rotateurs. Ces laboratoires sont le plus souvent dirigés par des techniciens supérieurs de laboratoire assisté par du personnel d'appui.

Opportunités :

- Intégration de la PEC des IST dans le paquet minimum de soins
- L'adoption de l'approche syndromique comme recommandation nationale pour la PEC des IST
- Existence d'algorithmes et de guides de PEC révisés
- Disponibilité de médicaments efficaces sur la liste de MEG
- Existences de quelques activités de prévention en direction des groupes à risque et vulnérables (PSAMAO, ville de Lomé)

Contraintes :

- Insuffisance de formation et de supervision des personnels de santé
- Absence de soutien aux activités de PEC des IST
- Faible niveau de surveillance épidémiologique des IST
- Faible capacité biologique de dépistage et de diagnostic des IST

IV. Recommandations

A la lumière de la situation décrite dans ce rapport, on peut clairement se rendre compte de l'immensité du travail à accomplir pour améliorer les soins et la prise en charge du VIH/SIDA et des IST en Côte d'Ivoire. Consciente de l'ampleur de la tâche, l'équipe formule des recommandations générales pouvant servir tout intervenant désirant contribuer aux soins et à la prise en charge des PVVIH en Côte d'Ivoire. Par ailleurs l'équipe identifie des activités spécifiques à mener dans le contexte du Projet Santé Familiale et Prévention du SIDA.

Burkina Faso

1. CDV et Prise en Charge Psychologique

Recommandations Générales :

- Améliorer l'accès aux services de conseil et dépistage volontaire avec une attention particulière pour les populations à risque et vulnérables telles que les travailleuses de sexe, les jeunes, les femmes enceintes, les populations mobiles, les clients IST et TB, etc. Ceci nécessitera le renforcement des centres de CDV existant, la création de nouveaux centres et la promotion du conseil et dépistage volontaire parmi les populations cibles.
- Développer les directives nationales sur l'organisation et la mise en place des services de conseil et dépistage volontaire
- Mettre à jour le guide du formateur en counseling du VIH
- Mettre à jour le manuel de counseling à l'usage des prestataires
- Organiser des formations et des recyclages en counseling bien ciblées et répondant à des besoins réels
- Elaborer des directives nationales relatives aux protocoles de dépistage du VIH.
- Développer et mettre en place un système et des outils de contrôle et d'assurance de qualité de la pratique du counseling et du dépistage.
- Développer un système de référence efficace entre les services de CDV et les autres services de soins et de prise en charge

Activités dans le cadre du projet SFPS :

- Soutenir la mise en place d'un centre de CDV de référence pouvant servir de centre formation et d'assistance technique aux autres centres de CDV dans le pays. A ce sujet, avec un appui financier et technique approprié, le Centre Anonyme de Dépistage et d'Information (CADI) peut jouer ce rôle.
- Soutenir le développement de directives nationales sur l'organisation et la mise en place des services de conseil et dépistage volontaire
- Soutenir la formation en counseling. Les modalités devront être déterminées dans le contexte des efforts au niveau régional pour l'amélioration des capacités en counseling.
- Soutenir l'institution d'une journée nationale sur le counseling du VIH qui servirait d'un cadre d'échanges entre tous les acteurs mais surtout entre les conseillers et permettre de renforcer la visibilité du counseling.

2. Prise en Charge Médicale

Recommandations Générales :

- Valider, diffuser et mettre en oeuvre la politique et les normes de PEC des PVVIH
- Réviser, valider les outils de prise en charge (algorithme de PEC des IO, guide de counselling) et former le personnel
- Organiser et rationaliser la prescription et l'utilisation du traitement antirétroviral
- Développer des programmes de prise en charge médicale au sein des entreprises
- Mettre en place un système de contrôle de qualité, former et superviser les personnels de laboratoire

Activités dans le cadre de SFPS :

- Réviser, valider les outils de prise en charge (algorithme de PEC des IO) et former le personnel.
- Rationaliser les protocoles de diagnostic et de dépistage en sélectionnant les tests les plus appropriés et en mettant en place un système de contrôle de qualité (coordonner avec les activités de CDV)
- Soutenir des programmes de PEC médicale et psychosociale des PVVIH au sein des entreprises
- Identifier une province sanitaire et y développer le continuum de soins et de PEC communautaire (District de référence)

3. Soins Communautaires et à Domicile

Recommandations Générales :

- Aider à l'élaboration d'une politique nationale décrivant les conditions d'administration et le paquet minimum des soins à fournir à domicile.
- Identifier un ou des modèles de provision des soins à domicile réalistes et adaptés au contexte du Burkina Faso (ex : soins par personnel médical vs. Soins par membres de la famille ou groupes communautaires).
- Contribuer à l'organisation d'un système de référence adéquat entre les services de santé, la communauté et le domicile des patients.
- Développer des matériaux de formation en soins communautaires et à domicile.
- Renforcer les capacités des ONG à la prise en charge au niveau communautaire et à domicile (soins et soutien) des personnes infectées et affectées par le VIH, à travers un soutien financier et technique approprié.
- Réaliser un répertoire des services de soins et soutien (y compris le CDV) disponibles pour les personnes infectées et affectées par le VIH au Burkina Faso.
- Elaborer un guide de prise en charge communautaire et de soins à domicile des patients (y compris les soins palliatifs). En attendant, il convient de diffuser le guide de prise en charge communautaire existant.
- Développer les kits de prise en charge à domicile.

- Promouvoir et former les membres des organisations communautaires à la prise en charge.
- Mener des activités visant la réduction de la stigmatisation et la discrimination des personnes vivant avec le VIH.

Activités dans le cadre de SFPS :

- Identifier un ou des modèles de provision des soins à domicile réalistes et adaptés au contexte du Burkina Faso (ex : soins par personnel médical vs. Soins par membres de la famille ou groupes communautaires).
- Développer des matériaux de formation en soins communautaires et à domicile.
- Réviser et ajouter le volet soins à domicile (y compris les soins palliatifs) au guide de prise en charge communautaire existant.
- Renforcer les capacités des ONG à la prise en charge à domicile (soins et soutien) des personnes infectées et affectées par le VIH, à travers la formation de leurs membres. Concernant les ONG susceptibles d'être des partenaires potentiels pour le projet SFPS/FHI au Burkina Faso dans le domaine des soins et soutien, l'IPC pourrait être choisie comme ONG de tutelle. A ce titre, elle se chargerait d'identifier et de sélectionner selon des critères à élaborer les différentes associations ou ONG auxquelles elle apporterait un appui technique et financier.

4. Prise en Charge Sociale

Recommandations Générales :

- Mettre en place des mécanismes d'aide sociale aux personnes vivant avec le VIH/SIDA démunies et à leurs familles (achat de médicaments pour le traitement des Infections Opportunistes, aide alimentaire, etc.)
- Soutenir financièrement et techniquement les ONG et groupes communautaires dans leurs efforts de répondre aux besoins sociaux créés par le VIH/SIDA.
- Supporter l'initiation des activités génératrices de revenu.
- Développer des programmes de soutien aux enfants vulnérables et/ou orphelins.
- Développer des systèmes appropriés et efficaces de référence entre les services d'assistance sociale et les autres services de soins et prise en charge.

Activités dans le cadre de SFPS :

- Soutenir le partage d'expérience des modèles innovateurs de prise en charge sociale entre les pays SFPS.

5. Prise en Charge des IST

Recommandations Générales :

- Renforcer les activités de formation et de supervision des personnels de santé

- Renforcer les interventions en direction des groupes à risque et vulnérables tels que la population mobile le long des axes migratoires (PSAMAO)
- Promouvoir la disponibilité et l'utilisation des kits IST au niveau national
- Mener une enquête sur le circuit thérapeutique des patients IST

Activités dans le cadre de SFPS :

- Mener une enquête sur le circuit thérapeutique des patients IST
- Promouvoir la disponibilité et l'utilisation des kits IST au niveau national
- Renforcer la qualité de la PEC des IST au niveau du district d'intervention

Cameroun

1. CDV et Prise en Charge Psychologique

Recommandations Générales

- Améliorer l'accès aux services de conseil et dépistage volontaire avec une attention particulière pour les populations à risque et vulnérables telles que les travailleuses de sexe, les jeunes, les femmes enceintes, les populations mobiles, les clients IST et TB, etc. Ceci nécessitera la mise en place d'un nombre de centres de CDV et la promotion du conseil et dépistage volontaire parmi les populations cibles.
- Développer les directives nationales sur l'organisation et la mise en place des services de conseil et dépistage volontaire
- Mettre à jour le guide du formateur en counseling du VIH
- Mettre à jour le manuel de counseling à l'usage des prestataires
- Organiser des formations et des recyclages en counseling bien ciblées et répondant à des besoins réels
- Elaborer des directives nationales relatives aux protocoles de dépistage du VIH.
- Développer et mettre en place un système et des outils de contrôle et d'assurance de qualité de la pratique du counseling et du dépistage.
- Développer un système de référence efficace entre les services de CDV et les autres services de soins et de prise en charge.

Activités dans le cadre du projet SFPS:

- Soutenir la mise en place d'un centre de CDV de référence pouvant servir de centre formation et d'assistance technique aux autres centres de CDV dans le pays. A ce sujet, avec un appui financier et technique approprié, le centre d'accueil et de documentation de la SWAA Littoral (Douala) peut jouer ce rôle. L'hôpital du jour de Yaoundé est une deuxième possibilité
- Soutenir le développement de directives nationales sur l'organisation et la mise en place des services de conseil et dépistage volontaire
- Soutenir la formation en counseling. Les modalités devront être déterminées dans le contexte des efforts au niveau régional pour l'amélioration des capacités en counseling.

- Soutenir l'institution d'une journée nationale sur le counseling du VIH qui servirait d'un cadre d'échanges entre tous les acteurs mais surtout entre les conseillers et permettre de renforcer la visibilité du counseling.
- Faire un recensement des différents tests VIH utilisés dans le pays, évaluer ces tests, et développer un (des) algorithme(s) de dépistage VIH approprié(s). A cet effet, il existe un protocole soumis par Dr. Léopold Zekeng et al. Qui peut être finalisé pour exécution.

2. Prise en Charge Médicale

Recommandations Générales:

- Valider, diffuser et mettre en oeuvre la politique et les normes de PEC des PVVIH
- Réviser, valider les outils de prise en charge (algorithme de PEC des IO, guide de counselling) et former le personnel
- Organiser et rationaliser la prescription et l'utilisation du traitement antirétroviral
- Développer des programmes de prise en charge médicale au sein des entreprises
- Mettre en place un système de contrôle de qualité, former et superviser les personnels de laboratoire
- Optimiser la prise en charge de la tuberculose dans le contexte du VIH

Activités dans le cadre de SFPS:

- Réviser, valider les outils de prise en charge (algorithme de PEC des IO) et former le personnel.
- Rationaliser les protocoles de diagnostic et de dépistage en sélectionnant les tests les plus appropriés et en mettant en place un système de contrôle de qualité (à coordonner avec les activités de CDV)
- Soutenir des programmes de PEC médicale et psychosociale des PVVIH au sein des entreprises

3. Soins Communautaires et à Domicile

Recommandations Générales :

- Aider à l'élaboration d'une politique nationale décrivant les conditions d'administration et le paquet minimum des soins à fournir à domicile
- Identifier un ou des modèles de provision de soins à domicile réalistes et adaptés au contexte du Cameroun (ex : soins par personnel médical vs. soins par membres de la famille ou groupes communautaires).
- Contribuer à l'organisation d'un système de référence adéquat entre les services de santé, la communauté et le domicile des patients
- Développer du matériel de formation en soins communautaires et à domicile
- Renforcer les capacités des ONG à la prise en charge au niveau communautaire et à domicile (soins et soutien) des personnes infectées et affectées par le VIH, à travers un soutien financier et technique approprié

- Réaliser un répertoire des services de soins et soutien (y compris le CDV) disponibles pour les personnes infectées et affectées par le VIH au Cameroun.
- Elaborer un guide de prise en charge communautaire et à domicile des patients
- Développer les kits de prise en charge à domicile
- Promouvoir et former les membres des organisations communautaires à la prise en charge communautaire et à domicile
- Mener des activités visant à la réduction de la stigmatisation et de la discrimination vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH

Activités dans le cadre de SFPS:

- Identifier un ou des modèles d'offres de soins à domicile réalistes et adaptés au contexte du Cameroun (ex: soins par personnel médical vs. soins par membres de la famille ou groupes communautaires)
- Développer du matériel de formation en soins communautaires et à domicile
- Elaborer un guide de prise en charge communautaire et à domicile des patients
- Renforcer les capacités des ONG à la prise en charge à domicile (soins et soutien) des personnes infectées et affectées par le VIH, à travers la formation de leurs membres. Concernant les ONG susceptibles d'être des partenaires potentiels pour le projet SFPS/FHI au Cameroun dans le domaine des soins et soutien, la SWAA et l'AFSU figurent en bonne position du fait des expériences qu'elles ont acquises (initiatives prises) dans ce domaine et des ressources humaines disponibles.

4. Prise en Charge Sociale

Recommandations Générales:

- Mettre en place des mécanismes d'aide sociale aux personnes vivant avec le VIH/SIDA démunies (achats médicaments pour IO, aide alimentaire, etc.)
- Mettre en place des programmes d'aide aux familles afin de leur permettre de prendre soins des membres de leur famille malades
- Soutenir financièrement et techniquement les ONG et les groupes communautaires dans leurs efforts de répondre aux besoins sociaux créés par le VIH/SIDA
- Supporter l'initiation des activités génératrices de revenu
- Développer des programmes de soutien aux enfants vulnérables et/ou orphelins
- Développer des systèmes appropriés et efficaces de référence entre les services d'assistance sociale et les autres services de soins et prise en charge

Activités dans le cadre de SFPS:

- Soutenir les échanges d'expériences des modèles innovateurs de prise en charge sociale entre les pays SFPS

5. Prise en Charge des IST

Recommandations Générales:

- Intégrer effectivement le service de lutte contre les IST au CNLS/GTC et le doter de moyens
- Réviser et valider les algorithmes de la prise en charge syndromique des IST en l'adaptant aux différents niveaux de la pyramide sanitaire
- Former et superviser les personnels de santé
- Mettre en place un système de contrôle de qualité des laboratoires intégrant la surveillance de la résistance des gonocoques aux antibiotiques
- Mettre en place un système de collecte et de gestion de données sur les IST
- Développer des algorithmes complémentaires de deuxième niveau et former le personnel à l'utilisation correcte de ces algorithmes
- Développer des interventions en direction des groupes à risque et vulnérables tels que la population mobile le long des axes migratoires (PSAMAC)
- Améliorer l'accès aux médicaments appropriés contre les IST par la promotion de kits IST
- Mener une enquête sur le circuit thérapeutique des patients IST

Activités dans le cadre de SFPS:

- Réviser et valider la prise en charge des IST en l'adaptant aux différents niveaux de la pyramide sanitaire
- Développer des interventions en direction des groupes à risque et mobile le long des axes migratoires (PSAMAC)
- Mener une enquête sur le circuit thérapeutique des patients IST
- Améliorer l'accès aux médicaments appropriés contre les IST par la promotion de kits IST

Côte d'Ivoire

1. CDV et Prise en Charge Psychologique

Recommandations Générales

- Améliorer l'accès aux services de conseil et dépistage volontaire avec une attention particulière pour les populations à risque et vulnérables telles que les travailleuses de sexe, les jeunes, les femmes enceintes, les populations mobiles, les clients IST et TB, etc. Ceci nécessitera la mise en place d'un nombre de centres de CDV et la promotion du conseil et dépistage volontaire parmi les populations cibles. La préférence devra être donnée aux villes où les offres de services de dépistage sont limitées et qui ont des activités économiques relativement importantes (Gagnoa, San-Pédro, Soubré, Man).

- Développer les directives nationales sur l'organisation et la mise en place des services de conseil et dépistage volontaire
- Elaborer un guide du formateur en counseling du VIH
- Mettre à jour le manuel de counseling à l'usage des prestataires
- Organiser des formations et des recyclages en counseling bien ciblées et répondant à des besoins réels
- Elaborer des directives nationales relatives aux protocoles de dépistage du VIH.
- Développer et mettre en place un système et des outils de contrôle et d'assurance de qualité de la pratique du counseling et du dépistage.
- Développer un système de référence efficace entre les services de CDV et les autres services de soins et de prise en charge.

Activités dans le cadre du projet SFPS:

- Soutenir la mise en place d'un centre de CDV de référence pouvant servir de centre formation et d'assistance technique aux autres centres de CDV dans le pays. A ce sujet, avec un appui financier et technique approprié, le CIPS peut jouer ce rôle.
- Soutenir le développement de directives nationales sur l'organisation et la mise en place des services de conseil et dépistage volontaire
- Soutenir la formation en counseling. Les modalités devront être déterminées dans le contexte des efforts au niveau régional pour l'amélioration des capacités en counseling.
- Soutenir l'ouverture de CDV
- Soutenir l'institution d'une journée nationale sur le counseling du VIH qui servirait de cadre d'échanges entre tous les acteurs mais surtout entre les conseillers et de manière à renforcer la visibilité du counseling.

2. Prise en Charge Médicale

Recommandations Générales:

- Diffuser et mettre en oeuvre la politique et les normes de PEC des PVVIH
- Diffuser les outils de prise en charge (algorithme de PEC des IO, guide de counselling) et former le personnel
- Développer des programmes de prise en charge médicale au sein des entreprises
- Améliorer la disponibilité et l'accessibilité des tests de diagnostic du VIH dans les formations sanitaires
- Améliorer l'accessibilité des structures sanitaires aux PVVIH
- Améliorer la qualité de la PEC des PVVIH dans les hôpitaux et de manière à éviter leur référence dans des structures spécialisées
- Soutenir des programmes de PEC médicale et psychosociale des PVVIH au sein des entreprises

Activités dans le cadre de SFPS:

- Contribuer à la révision et la validation des outils de prise en charge (algorithme de PEC des IO) et à la formation du personnel.
- Soutenir des programmes de PEC médicale et psychosociale des PVVIH au sein des entreprises

3. Soins Communautaires et à Domicile

Recommandations Générales :

- Aider à l'élaboration d'une politique nationale décrivant les conditions d'administration et le paquet minimum des soins à fournir à domicile
- Identifier un ou des modèles de provision de soins à domicile réalistes et adaptés au contexte de la Côte d'Ivoire (ex: soins par personnel médical vs. soins par membres de la famille ou groupes communautaires).
- Contribuer à l'organisation d'un système de référence adéquat entre les services de santé, la communauté et le domicile des patients
- Développer du matériel de formation en soins communautaires et à domicile
- Renforcer les capacités des ONG à la prise en charge au niveau communautaire et à domicile (soins et soutien) des personnes infectées et affectées par le VIH, à travers un soutien financier et technique approprié
- Réaliser un répertoire des services de soins et soutien (y compris le CDV) disponibles pour les personnes infectées et affectées par le VIH en Côte d'Ivoire.
- Elaborer un guide de prise en charge communautaire et à domicile des patients
- Développer les kits de prise en charge à domicile
- Promouvoir et former les membres des organisations communautaires à la prise en charge communautaire et à domicile
- Mener des activités visant à réduire la stigmatisation et la discrimination vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH

Activités dans le cadre de SFPS:

- Identifier un ou des modèles d'offres de soins à domicile réalistes et adaptés au contexte de la Côte d'Ivoire (ex: soins par personnel médical vs. soins par membres de la famille ou groupes communautaires)
- Développer du matériel de formation en soins communautaires et à domicile
- Elaborer un guide de prise en charge communautaire et à domicile des patients
- Renforcer les capacités des ONG à la prise en charge à domicile (soins et soutien) des personnes infectées et affectées par le VIH, à travers la formation de leurs membres. Concernant les ONG susceptibles d'être des partenaires potentiels pour le projet SFPS/FHI en Côte d'Ivoire dans le domaine des soins et soutien, RSB figure en bonne position du fait des expériences qu'elle a acquises (initiatives prises) dans ce domaine et des ressources humaines disponibles. RSB pourrait encadrer les autres organisations qui seront identifiées.

4. Prise en Charge Sociale

Recommandations Générales:

- Mettre en place des mécanismes d'aide sociale aux personnes vivant avec le VIH/SIDA démunies (achats médicaments pour IO, aide alimentaire, etc.)
- Mettre en place des programmes d'aide aux familles afin de leur permettre de prendre soins des membres de leur famille malades
- Soutenir financièrement et techniquement les ONG et les groupes communautaires dans leurs efforts de répondre aux besoins sociaux créés par le VIH/SIDA
- Supporter l'initiation des activités génératrices de revenu
- Développer des programmes de soutien aux enfants vulnérables et/ou orphelins
- Développer des systèmes appropriés et efficaces de référence entre les services d'assistance sociale et les autres services de soins et prise en charge

Activités dans le cadre de SFPS:

- Soutenir les échanges d'expériences des modèles innovateurs de prise en charge sociale entre les pays SFPS
- Développer des programmes de soutien aux enfants vulnérables et/ou orphelins
- Développer des systèmes appropriés et efficaces de référence entre les services d'assistance sociale et les autres services de soins et prise en charge

5. Prise en Charge des IST

Recommandations Générales:

- Former et superviser les personnels de santé de tous les districts sanitaires
- Mettre en place un système de collecte et de gestion de données sur les IST
- Développer des interventions en direction des groupes à risque et vulnérable tels que la population mobile le long des axes migratoires (PSAMAO)
- Mener une enquête sur le circuit thérapeutique des patients IST

Activités dans le cadre de SFPS

- Développer des interventions en direction des groupes à risque et mobile le long des axes migratoires (PSAMAO)
- Mener une enquête sur le circuit thérapeutique des patients IST
- Initier des interventions adaptées pour le contrôle des IST dans le circuit informel de la PEC
- Soutenir le contrôle des IST dans un district sanitaire en y ciblant en plus de la population générale, les populations à haut risque et leurs partenaires

Togo

1. CDV et Prise en Charge Psychologique des PVVIH

Recommandations Générales

- Aider à l'élaboration de la politique et des directives nationales relatives à la prise en charge psychosociale des PVVIH,
- Assurer la diffusion du guide de counseling (révisé) auprès des prestataires,
- Renforcer les capacités de prise en charge psychosociale des PVVIH à travers
 - la formation des formateurs et celle des prestataires en counseling,
 - le renforcement du système de référence et contre référence entre les services de CDV et les autres services au sein d'une même structure et entre les services CDV d'une structure et les associations de personnes infectées ou affectées par le VIH,
- Réorienter les objectifs du CCD de manière à lui confier la formation et l'encadrement des prestataires ainsi que le contrôle de la qualité du CDV, cette réorientation fera du CCD le centre d'excellence en CDV au Togo,
- Aider à la mise à jour des directives nationales relatives aux protocoles des tests de dépistage.

Recommandations à SFPS

- Développer un centre d'excellence (CCD)
- Appuyer l'adaptation/mise à jour et la diffusion du guide de counseling
- Appuyer la formation et la supervision des conseillers des CDV dans chaque région du pays
- Instituer une journée nationale de counseling pour donner de la visibilité aux activités de CDV et permettre un partage d'expérience entre les conseillers

2. Prise en charge médicale

Recommandations Générales

- Réviser les guides de prise en charge et former le personnel
- Améliorer le système d'approvisionnement et de distribution des tests VIH au niveau des formations sanitaires
- Mettre à jour la liste des médicaments essentiels pour un traitement optimal des IOs
- Elaboration de guides de PEC communautaires
- Former les membres OBC à la PEC communautaire
- Favoriser l'appui des OBC à travers les réseaux

Recommandations à SFPS :

- Appuyer la révision des guides
- Former le personnel à la PEC
- Appuyer un district pour la PEC médico-sociale et communautaire de qualité

3. Prise en charge communautaire et à domicile

Recommandations Générales :

- Aider à l'élaboration de la politique nationale sur les soins à base communautaire et à domicile.
- Identifier une approche de fourniture de soins à domicile réaliste et adaptée au contexte du Togo (ex : soins par personnel médical versus soins par membres de la famille ou groupes communautaires).
- Contribuer à l'organisation d'un système de référence adéquat entre les services de santé, la communauté et le domicile des patients.
- Développer du matériel de formation en soins communautaires et à domicile.
- Renforcer les capacités des ONG à la prise en charge au niveau communautaire et à domicile des personnes infectées et affectées par le VIH, à travers un soutien financier et technique approprié.
- Réaliser un répertoire des services de soins et soutien disponibles pour les personnes infectées et affectées par le VIH au Togo et le mettre à la disposition des prestataires.
- Elaborer un guide de prise en charge communautaire et à domicile des patients.
- Développer les kits de prise en charge à domicile.
- Promouvoir et former les membres des organisations communautaires à la prise en charge.
- Mener des activités visant la réduction de la stigmatisation et la discrimination des personnes vivant avec le VIH.

Recommandations à SFPS

- Identifier un ou des modèles de fourniture de soins à domicile réalistes et adaptés au contexte du Togo.
- Développer du matériel de formation en soins communautaires et à domicile.
- Elaborer un guide de prise en charge communautaire et à domicile des patients.
- Renforcer les capacités des ONG à la prise en charge à domicile (soins et soutien) des personnes infectées et affectées par le VIH, à travers la formation de leurs membres. FAMME, Espoir et Vie, ACS, et AMC peuvent être considérées comme ONG susceptibles d'être des partenaires potentiels du projet SFPS/FHI au Togo dans le domaine des soins et du soutien

4. Prise en charge sociale

Recommandations Générales

- Mettre en place des mécanismes d'aide sociale aux personnes vivant avec le VIH/SIDA démunies (achats médicaments pour IO, aide alimentaire, etc.)
- Mettre en place des programmes d'aide aux familles afin de leur permettre de prendre soins de leurs membres de famille malades.
- Soutenir financièrement et techniquement les ONG et groupes communautaires dans leurs efforts à répondre aux besoins sociaux créés par le VIH/SIDA.
- Soutenir les initiatives concernant les activités génératrices de revenus.
- Développer des programmes de soutien aux enfants vulnérables et/ou orphelins.
- Développer des systèmes appropriés et efficaces de référence entre les services d'assistance sociale et les autres services de soins et prise en charge.

Recommandations à SFPS

- Soutenir le partage d'expérience sur des modèles innovateurs de prise en charge sociale entre différents prestataires du Togo et ainsi que l'expérience des autres pays.

5. Prise en charge des IST

Recommandations Générales :

- Produire les guides de prise en charge et former l'ensemble du personnel
- Renforcer les laboratoires en équipements et réactifs
- Former le personnel
- Développer des activités de prise en charge des IST au sein des groupes à risque en collaboration avec les organisations communautaires

Recommandations à SFPS :

- Développer des activités de PEC des IST en direction des groupes à haut risque et vulnérables à Lomé et sur les axes routiers (PSAMAO, FAMME)
- Répliquer les guides de PEC et promouvoir les kits MST
- Renforcer la mise en œuvre de la politique de PEC des IST dans un district sanitaire

Annexe 1 : Documents consultés

A. F. X. K. Zagaré, J. F. Somé, **Etude sur l'organisation du dépistage anonyme et volontaire dans la ville de Ouagadougou (Rapport provisoire)**, PNUD, Coopération Française, Janvier 2001.

A. W. Gomgnimbou, **Cartographie des associations de la ville de Ouagadougou**, AJPO, CICDoc, Coopération Française, Octobre 2000.

ABBEF, **Marketing social de dépistage volontaire du VIH et prise en charge des maladies opportunistes aux centres jeunes de Ouagadougou et de Bobo Dioulasso (Projet)**, IPPF.

AFSU, **Rapport des activités 1999 – 2000**, Bureau de coordination, Mars 2000.

Arc-en-ciel Togo, **Rapport d'activités de 1991 à 2001**, 7 p.

Barrère, Bernard, Gora Mboup et Mohamed Ayad. 1999. **Enquêtes Démographiques et de santé en Afrique de l'Ouest: résultats des enquêtes Démographiques et de santé réalisées au Burkina Faso (1998-1999), au Cameroun (1998), en Côte d'Ivoire (1998-1999) et au Togo (1998)**. Calverton, Maryland : Macro International Inc.

Bernard Barrère, Gora Mboup, Mohamed Ayad, **Enquêtes Démographiques et de Santé en Afrique de l'Ouest : Résultats des Enquêtes Démographiques et de Santé réalisées au Burkina Faso (1998-1999), au Cameroun (1998), en Côte d'Ivoire (1998-1999) et au Togo (1998)**, Macro International Inc., Calverton, Maryland, USA, Juin 1999.

C. Toudji-Bandjé, C. de Souza, K. Koumaglo, G. N'Tsoukpo, K. Tossou, C. Dzidzonu, M. Gbéassor, F. Guédé-Guina, F. Sombo, N. Géraldo, I. Z. Caboré. , **Méthodologie d'évaluation des médicaments issus de la médecine traditionnelle : Evaluation de l'efficacité d'un remède à base de plantes médicinales (Tobacoak's) un antirétroviral digne d'intérêt de la pharmacopée africaine**, Centre Phytothérapie Sensibilisation et Assistance aux Malades (CPHYSAM), Janvier 2001.

CAS/VIH, **Plan opérationnel 2001 : Accompagnement communautaire des PVVIH et de leurs familles à Ouagadougou, Bobo Dioulasso, Ouahigouya, Yako, Kaya et Dédougou**, Octobre 2001.

Centre National de Référence/VIH, **Rapport d'activités du deuxième semestre (juillet à décembre) 1996**. 4 p. (Document manuscrit)

Centre National de Référence/VIH, **Rapport d'activités du premier semestre (janvier à juin) 1996**. 3 p. (Document manuscrit)

Centre Régional de Transfusion sanguine, **Rapport d'activités du Laboratoire**, Croix Rouge togolaise, Région Centrale, Sokodé, 1998.

Centre Solidarité Action Sociale (SAS), **Plan d'action du Centre SAS :An 2001**, Décembre 2000.

Centre Solidarité Action Sociale (SAS), **Projet Organisation d'activités génératrices de revenus au profit d'un groupe de femmes défavorisées**, Décembre 2000.

Comité d'entreprise de lutte contre les IST/VIH/SIDA, **Plan opérationnel 2001 : Promotion des comportements à moindre risque et réduction de l'impact des IST/VIH/SIDA chez les travailleurs de BRAKINA/SODIBO**, Octobre 2000

CTA, **Bilan d'activités du dernier trimestre 2000**.

D. Kérouédan, **Former les personnels de santé au dépistage et au conseil dans l'infection à VIH : que retient-on de l'expérience du PNLs/MST/TUB de Côte d'Ivoire sur la période 1987-1997 ?** Dépistage et conseil dans l'infection à VIH : atelier de Bobo-Dioulasso ; 10-14 Mars 1997

D. Rédah, D. M. Amédégnato, B. Blakimé, A. Hillah, L. Douiti, M. Prince-David, A. Agbétra. , **Séroprévalence du VIH dans la diarrhée chronique au CHU-Campus de Lomé**, Actes des Journées Scientifiques de l'UB. 1993 (4) pp 3-6.

D. Rédah, E. H. Dogbey, K. Agbo, A. Y. Konutsé, M. Prince-David, D. M. Amédégnato, A. Agbétra. , **Séroprévalence du VIH chez les malades porteurs d'oesophagite mycosique**, Service d'Hépatogastro-Entérologie, CHU-Campus de Lomé, Togo, 1998.

Direction de la Planification, de la Formation et de la Recherche, **La restructuration du Ministère de la Santé, Togo**, 14 p.

E. Bissagnéné, Henry Dié-Kacou, François Aoussi Eba, Coulibaly Gahoussou. **Guide diagnostic et thérapeutique de l'infection à VIH en Afrique**. Edition GUT ; 1999

E. Maville, F. Guéhi, **Rapport de la mission d'évaluation du soutien aux associations Espoir-Vie Togo (EVT), Action Contre le Sida (ACS) et Aides Médicales et Charité (AMC)**, Togo, Décembre 2000.

F. Ouédraogo, J. F. Somé, **Etude de faisabilité d'un laboratoire polyvalent couplé à un centre de dépistage anonyme et volontaire à Ouagadougou**, PNUD, Coopération Française, Février 2001.

Espoir-Vie Togo, **Historique de Espoir-Vie Togo : De la crainte et des préjugés à l'espoir et à la solidarité**, 1999.

Family Health International, **Corridors of Hope in Southern: HIV Prevention Needs and Opportunities in Four Border Towns**, 2000.

Family Health International, HIV/AIDS Prevention and Care Department, **HIV Care and Support : FHI's strategic framework**, December 2000.

FAMME, **Compte rendu de la réunion de mise en commun des observations sur le condom féminin**, janvier 2001, Togo. 3 p.

FAMME, **Rapport annuel d'activités Appui aux femmes marginalisées et défavorisées février 1999 à janvier 2000**, Projet TPG/98/120084, Togo. 25 p.

FAMME, **Rapport final d'exécution Projet PSAMAO Travailleuses du sexe 3^{ème} phase**, Togo. 5 p.

FAMME/Programme santé, **Bref aperçu du Programme santé**, Togo, décembre 2000. 2 p.

FAMME/Programme santé, **Projet de clinique mobile**, Togo, août 2000. 2 p.

FAMME/Programme santé, **Rapport d'activités du 4^{ème} trimestre 2000**, Togo. 3 p.

Groupe de travail « SIDA et axes routiers », **Plan d'action 2001 de lutte contre les IST/VIH/SIDA sur les axes routiers du Burkina Faso (Troisième version)**, Décembre 2000.

GTZ, DED, **Guide pour la prise en charge médicale et psychosociale des adultes vivant avec le VIH/SIDA au niveau CMA et CHR**, Août 1997.

Institut de Recherche en Sciences de la Santé, **Résumé du rapport d'analyse de la réponse à l'épidémie du VIH et des MST au Burkina Faso**, Juin 1999.

Institut de Recherche en Sciences de la Santé, **Résumé du rapport d'analyse de la situation de l'épidémie du VIH et des MST au Burkina Faso**, Juin 1999.

Institut National de la Statistique et de la Démographie, **Enquête Démographique et de santé : Burkina Faso 1998 – 1999**, Ministère de l'Economie et des Finances Ouagadougou, Burkina Faso, Macro International Inc., Calverton, Maryland, USA, Mai 2000.

IPC/BF, **Priorités pour une réponse communautaire élargie, efficace et adaptée aux réalités nationales**, 2000.

IPC/BF, **Rapport des travaux de l'atelier sur le conseil dépistage anonyme (CDVA) tenu à Bobo Dioulasso les 6, 7 et 8 mars 2000**.

J-B Nikiéma, RP J. Simporé, D. Sia, **Présentation de l'Unité phytothérapeutique de prise en charge des personnes vivant avec le VIH : Centre médical St Camille de Ouagadougou (Burkina Faso)**, Novembre 2000.

Kaptué, Lazare, **Synthèse du rapport du Projet Prise en charge communautaire des orphelins du SIDA, des femmes infectées par le VIH et des membres de leur famille (1996 à 1999)**, 2000, 2 p.

M. Grunitzky-Békélé, S. Gbéléou, M. Etchéparé. , **Soutien psychosocial et VIH/SIDA au Togo : Acquis et contraintes, Propositions et perspectives**, PNLS/MST, Ministère de la santé, République du Togo, Mars 1996.

Ministère de la Santé Publique. **Plan national de développement sanitaire. 1996-2005. Tome I : Diagnostic-Politique- et Stratégies ;** 1996

Ministère de la Santé Publique. **Plan national de développement sanitaire. 1996-2005. Tome II : Programmes et financement pour la période 1996-1998;** 1996

Ministère de la Santé, **Avant projet de stratégie pour le secteur de la santé au Togo**, Février 1998.

Ministère de la Santé, **Document cadre de politique en matière de transfusion sanguine, Burkina Faso**, Juin 2000.

Ministère de la Santé, **Plan d'action national pour la transfusion sanguine au Burkina Faso 2001 - 2005**, Juin 2000

Ministère de la Santé, **Politique Nationale de Santé**, Togo, octobre 1996.

N. Digbeu, **Mise en place et suivi des cellules de prise en charge des malades VIH/SIDA des formations sanitaires et urbaines des communes d'Abidjan ;** rapport final,

National AIDS Commission, **Report on Production and adoption of counseling training manuals: The Psychosocial management of AIDS**, UNAIDS Theme Group, 29 october 1998.

ONUSIDA-Togo, **Groupe Thématique ONUSIDA élargi aux partenaires, Appui des partenaires à la lutte contre le VIH/SIDA au Togo**, septembre 2000

PNLS, Groupe Technique Central, **Plan d'urgence gouvernemental : volet dépistage des fonctionnaires**, Ministère de la Santé Publique, Cameroun, Juillet 2000.

PNLS, Groupe Technique Central, **Plan Stratégique de Lutte contre le SIDA au Cameroun 2000-2005**, Ministère de la Santé Publique, Cameroun, Septembre 2000.

PNLS, Groupe Technique de Travail, **Analyse de la réponse au VIH au Cameroun**, Ministère de la Santé Publique, 2000.

PNLS, **Guide pour la prise en charge clinique et thérapeutique de l'infection à VIH/SIDA au premier niveau des services de santé au Cameroun**, Ministère de la Santé Publique, Octobre 2000.

PNLS/MST, **Analyse de la situation des femmes face au VIH/SIDA**, Ministère de la santé, République du Togo, 2000, 17 p.

PNLS/MST, **Analyse de la situation du VIH/SIDA/IST au Togo**, Ministère de la santé, République du Togo, juin 2000.

PNLS/MST, **Caractéristiques des jeunes concernant le VIH/SIDA**, Ministère de la santé, République du Togo, 2000, 26 p.

PNLS/MST, **Etude des connaissances, attitudes et pratiques en matière de VIH/SIDA chez les sapeurs pompiers (approche quantitative)**, Ministère de la santé, République du Togo, février 1999.

PNLS/MST, **Evaluation de la situation épidémiologique actuelle de l'infection par le VIH dans la population sexuellement active du Togo (Projet d'activité)**, Ministère de la santé, République du Togo, novembre 1999.

PNLS/MST, **Evaluation des connaissances et attitudes en matière de VIH/SIDA/MST chez les élèves du premier degré, du deuxième degré, du troisième degré, les enseignants des premier et deuxième degrés, de la population générale adulte de la région maritime, des forces armées togolaises, des forces de l'ordre, des gardiens de préfecture, des sapeurs pompiers : Protocole et échantillon d'étude**, Ministère de la santé, République du Togo.

PNLS/MST, **Evaluation nationale des connaissances, attitudes et pratiques en matière de VIH/SIDA dans les forces armées togolaises (approche quantitative)**, Ministère de la santé, République du Togo, janvier 1999.

PNLS/MST, **Guide du conseiller psycho-social en matière de VIH/SIDA**, Ministère de la santé, Togo, décembre 1999

PNLS/MST, **Guide du formateur des conseillers psycho-sociaux en matière de VIH/SIDA**, Ministère de la santé, Togo, décembre 1999

PNLS/MST, **La prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA/MST**, Ministère de la santé, Togo, 2000, 15 p.

PNLS/MST, **Mise en place des Antirétroviraux au Togo**, Ministère de la santé, République du Togo, 1997.

PNLS/MST, **Prostitution et migration au Togo**, Ministère de la santé, République du Togo, 2000, 22 p.

PNLS/MST, **Répertoire des Associations et ONG togolaises de lutte contre le VIH/SIDA et les MST**, Ministère de la santé, République du Togo.

PNLS/MST, **Situation épidémiologique du VIH/SIDA au Togo**, Ministère de la santé, Togo, mai 2000, 7 p.

PNLS/MST, VIH/SIDA : Données de base et approche du conseil psycho-social ; manuel de sensibilisation, Ministère de la santé, Togo, décembre 1999

PNLS/MST/TUB, Guide national de traitement des maladies sexuellement transmissibles ; 1996

PNLS/MST/TUB, Plan opérationnel d'activités 2000-2001

PNLS/MST/TUB, Poursuite de la formation du personnel soignant des FSU d'Abidjan à la prise en charge des MST, Rapport final ; Avril 1995

PNLS/MST/TUB, Prévention de la transmission Mère-Enfant du VIH : éléments en vue de l'élaboration d'une politique nationale en Côte d'Ivoire. Recommandations de la Cellule de réflexion auprès du Programme National de Lutte contre le Sida

PNLS/MST/TUB, Processus de planification stratégique ; Analyse de la réponse. Abidjan-1999

PNLS/MST/TUB, Processus de planification stratégique ; Analyse de la réponse dans les domaines prioritaires. Abidjan-1999

PNLS/MST/TUB. Guide de prise en charge psychosociale de l'infection à VIH. Edition 1998

PNLS/MST/TUB. Guide de soins infirmiers pour la prise en charge des PVVIH. Edition 1998

PNLS/MST/TUB. Guide pour la prise en charge clinique et thérapeutique de l'infection à VIH chez l'adulte. Edition 1998

PNLS/MST/TUB. Guide pour la prise en charge clinique et thérapeutique de l'infection à VIH chez la mère et l'enfant. Edition 1998

PNLS/MST/TUB. Stratégie nationale de diagnostic biologique des séroconversions à VIH et la supervision des laboratoires d'analyses médicales. Edition 1994

PNUD, Rapport sur le développement humain durable : Le rôle de la gouvernance, Burkina Faso 2000.

Programme Lèpre / Tuberculose, Guide du Programme National de Lutte contre la Lèpre et la Tuberculose, Ministère de la Santé, République du Togo, 2000.

Programme MST/SIDA en direction des chauffeurs et des femmes à Sokodé, Lutte contre les MST et l'infection à VIH, Direction Régionale de la Santé / GTZ-SSP, République du Togo, mars 1998.

Service de coopération et d'action culturelle, La coopération française dans le secteur de la santé, Ambassade de France au Togo, 2000, 4 p.

Service de Lutte contre le SIDA les MST et la Tuberculose, **Rapport de l'atelier de consensus pour l'adoption de la politique nationale de prise en charge des MST, Kribi : 10 – 14 mars 1996**, Ministère de la Santé Publique, Mars 1996.

SIDA 2 CI – INFO, **Bulletin de rétroinformation du projet Sida 2** ; Côte d'Ivoire- Janvier 2000

SIDA RETRO – INFOS Numéro 004, Bulletin de retro-information sur le SIDA
SP/CNLS, **Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA 2001 – 2005 (version préliminaire)**, Ministère de la santé, Décembre 2000.

SP/CNLS, **Guide pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA au niveau communautaire (deuxième édition)**, Ministère de la santé, GTZ, Septembre 2000.

SP/CNLS, **La prise en charge de l'adulte infecté par le VIH/SIDA au Burkina Faso**, Ministère de la santé.

SP/CNLS, **Normes de la prise en charge psychosociale des personnes infectées et affectées par le VIH** (Journées préparatoires, 19 au 26 juin 2000), Ministère de la santé.

SP/CNLS, **Normes et protocoles de prise en charge des PVVIH : Soins infirmiers et obstétricaux** (atelier, 19 au 26 juin 2000), Ministère de la santé.

SP/CNLS, **Programme national multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA : Plan d'action 2001**, Ministère de la santé, Burkina Faso.

SWAA Littoral, **Rapport d'activités du Centre de Counseling**, 1995.

UNAIDS, **Report on the global HIV/AIDS epidemic** ; June 2000

URBLS, **Plan opérationnel 2001 : Lutte contre les IST/VIH/SIDA dans les localités de Kokologho, Sabou, Boromo, Pa, Houndé, Péni, Toussiana, Niangoloko et Yendéré sur l'axe routier reliant Ouagadougou à Abidjan**, Octobre 2000.

Annexe 2: Liste des personnes contactées

Burkina Faso

A Ouagadougou

Nom et Prénoms	Fonction	Organisation
1. S.E.M. Jimmy KOLKER	Ambassadeur	Ambassade des USA au Burkina Faso
2. M. Youssouf OUEDRAOGO	Conseiller résident	SFPS Burkina Faso
3. Dr AUREGAN Guy	Directeur Exécutif	CICDoc
4. Dr Pascal NIAMBA	Président	CICDoc
5. Dr Benoît Issa DINGTOUMDA	Médecin chef	CAT de Ouagadougou
6. M. Philémon OUEDRAOGO	Secrétaire Général	AAS
7. Mlle Kady NAKANABO	Infirmière	Centre Oasis (AAS)
8. M. Parfait HOUNNOU	Conseiller	Centre Oasis (AAS)
9. Dr SANOU P. Thomas	Directeur	CTA
10. Dr Kékoura KOUROUMA	Conseiller résident	ONUSIDA Burkina Faso
11. Dr Mahamoudou SANOU	Chef du Laboratoire	Centre Médical Camp de l'Unité
12. Mme Eva NEUHAUS	Conseiller Technique Projet PF	GTZ
13. Mme Marie Rose SAWADOGO	Directrice Exécutive	IPC
14. M. Honoré Bélemsobo	Chef du personnel	BRAKINA
15. M. Lazare GUIGUEMBE	Infirmier	BRAKINA
16. M. François NIAMA	Délégué du personnel	BRAKINA
17. M. Cyprien NANEMA	Délégué du personnel	BRAKINA
18. Dr Jacques SIMPORE	Responsable du Laboratoire	Centre Médical St Camille
19. M. Eric SOMBDA	Responsable commission administrative	AJPO
20. Mlle Roseline ROUAMBA	Infirmière	AJPO
21. Dr Arnaud KONSEIMBO	Médecin	AJPO
22. M. Alexandre GOMGNIMBOU	Membre	AJPO

23. M. Jean-Marie TAPSOBA	Secrétaire Général	Bergerie
24. M. John HARRIS	Coordonnateur	PROMACO
25. M. Michel BAGBONON	Country Representative	AFRICARE
26. Mme Rita ZOUNGRANA	Coordonnatrice du Programme jeune	ABBEF
27. M. Jean-Marie GYENGANI	Directeur des Programmes	ABBEF
28. M. Lazare BANSSE	Directeur Général	CAMEG
29. Dr Kintin Frédéric	Coordonnateur	Projet SIDA 2
30. Dr Clotilde TRAORE	Coordonnatrice nationale adjointe	SIDA II
31. Mme Rosalie Sylla TRAORE	Responsable Appui à la Participation Communautaire	SIDA II
32. Mme Michele CATO	Vice-Présidente	PSI
33. Dr TIENDREBEOGO Joseph André	Coordonnateur	SP/CNLS
34. Dr BAZIE Babou	Chargé de Programme surveillance épidémiologique	SP/CNLS
35. Dr Fatimata ZAMPALIGRE	Responsable PEC	SP/CNLS
36. Dr Joseph Aimé BIDIGA	Chargé de programme IST	SP/CNLS
37. M. Michel MERCIER	Attaché de Coopération	Ambassade de France
38. M. Nelson CRONYN	Directeur	Corps de la Paix
39. Dr Claude MILOGO	Chargée de Programme Santé	Corps de la Paix
40. Mme MILOGO Claudine	Chargée d'IEC	Centre Jeunes Ouaga
41. M. SAGNON Issouf	Psychologue Clinicien	Centre Jeunes Ouaga
42. Mme GUIGMA Apauline	Animatrice Sociale	Centre Jeunes Ouaga
43. Mme ZONGO Odette	Responsable	Dispensaire Secteur 10
44. Mme DEMBO Aïssata	Sage-femme	Dispensaire Secteur 10
45. Mme OUÉDRAOGO	Infirmière	Dispensaire Secteur 10
46. Dr TOURÉ Ndèye Ngoné	Chargée de Programme VIH	UNICEF
47. Dr THIOMBIANO Rigobert	Chef de Service	CHUN Yalgado
48. Dr OUÉDRAOGO Martial	Chef de Service PPH	CHUN Yalgado
49. M. SAWADOGO	Coordonnateur	A La Vi
50. M. KOUTIÉBO Edouard	Gestionnaire	A La Vi
51. Dr BONKOUNKOU Pascal	Chef de Service	Médecine Interne
52. Dr NADEMBEGA Pascal	Responsable	Bang de Sang

53. OUÉDRAOGO Mariam	Secrétaire Exécutive	Vie Positive
54. Hamidou KABORÉ	Président	Vie Positive
55. M. Vincent BASTIEN	Coordonnateur	Vie Positive
56. M. OUÉDRAOGO Mouso	Responsable Groupe de Parole	Vie Positive
57. M. Marc SABA	Chargé de Programme VIH	PNUD
58. Mme Mominata BOYARM	Coordonnatrice	AFAFSI
59. Dr TRAORE Kady	Membre du bureau	AFAFSI

A Bobo Dioulasso

1. M. Alexandre SOME	Secrétaire Général	REVS+
2. Mlle Christine KAFANDO	Secrétaire Général adjoint	REVS+
3. M. Dominique ZERBO	Trésorier Général adjoint	REVS+
4. M. Brahima OUEDRAOGO	Membre Commission IEC	REVS+
5. Mlle Fanta BASSOLE	Responsable de la gestion des médicaments	REVS+
6. Mlle Korotoumou SAWADOGO	Responsable de la Formation	REVS+
7. Mlle Jacintha TIENO	Membre du groupe Orphelins	REVS+
8. M. Adama KENTEBDA	Membre volontaire	REVS+
9. Mme Bibata COMPAORE	Membre Commission IEC	REVS+
10. Dr Nicolas MEDA	Médecin épidémiologiste	Centre MURAZ
11. Dr Martine DABIRE	Médecin chef	Zone industrielle
12. Dr Ido GALINA	Médecin chef	Service Hygiène
13. Dr TAPSOBA	Responsable du Bureau des groupes spécifiques	Région sanitaire de Bobo Dioulasso
14. M. Salif TRAORE	Infirmier chef de poste	CSPS de la Vallée du KOU
15. Mme Véronique HIEN	Responsable de la maternité	CSPS de la Vallée du KOU
16. Mlle Lydie SANOU	Membre	Espoir-Vie
17. Mme Nathalie OUEDRAOGO	Membre	Espoir-Vie
18. Mlle Clarisse TCHELEM	Membre	Espoir-Vie
19. Mlle Colette KWALA	Membre	Espoir-Vie
20. Dr Adrien SAWADOGO	Chef de service de Médecine interne	CNHSS
21. Mme Madina TRAORE	Coordonnatrice	CADI
22. Mme Clémence PARE	Agent commercial	CAMEG
23. Mme Yolande OUEDRAOGO	Coordonnatrice	YERELON
24. Mme Agathe KANTIONO	Présidente	YERELON
25. Mme Djénéba DRABO	Assistante sociale	YERELON
26. Dr Abdoulaye OUEDRAOGO	Médecin	YERELON
27. Dr Patrick KIEMTORE	Responsable du Laboratoire	CNHSS
28. Mme Hadidiatou OUATTARA	Responsable	Centre SAS
29. Dr Alain ZOUBGA	Chef du service de Pneumologie	CNHSS
30. Dr Belem SAGA	Chirurgien dentiste	CM de IDO KOKO
31. M. Gustave YE	Infirmier	CM de IDO KOKO
32. M. Appolinaire MILOGO	Infirmier	CM de IDO KOKO
33. Dr Boukary DIALLO	Coordonnateur régional	Programme de lutte AntiTuberculeuse
34. Mme KANAZOE	Responsable	CSPS Accart Ville
35. Mme Mariam TALPAKA	Section PF	CSPS Accart Ville
36. Mlle Edwige NAKADABO	Section PF	CSPS Accart Ville
37. M. Adama OUATTARA	Chargé des statistiques	CSPS Accart Ville
38. Mme Emilie TRAORE	Section Consultation	CSPS Accart Ville

39. Mlle Salimata TRAORE	Section CPN	CSPS Accart Ville
40. Mme Arama KABA	Section PF	CSPS Accart Ville
41. Mlle Constance SANOU	Section PEV	CSPS Accart Ville
42. Mme Fatou SOURABIE	CREM	CSPS Accart Ville
43. Mme SANOGO	Section CPN	CSPS Accart Ville
44. M. Clément DRABO	Section Consultation	CSPS Accart Ville

A Boromo

1. Dr Soumaïla TRAORE	Chirurgien dentiste/Adjoint au Médecin chef	CMA/District
2. M. Clément LALOGO	Technicien de laboratoire	CMA
3. M. Mamadou SANOGO	Infirmier	CMA

Cameroun

1. Pr Shiro KOULLA, Secrétaire Permanente, Groupe Technique de Coordination (GTC) du CNLS
2. M. Etienne KEMBOU, Chargé de Programme VIH/SIDA, OMS
3. M. Dana WARD, Directeur du Programme PMSC
4. Mme Laura CIAFFI, Coordinatrice Médicale, MSF
5. Dr Cornelia HENNIG, Coordinatrice Projet Soins de Santé Primaires, GTZ
6. Dr Hermann MEDI, Médecin-Chef, Hôpital de District de Bonassama, Douala
7. Mme Martha NJOMO, Surveillante Générale, Hôpital de District de Bonassama, Douala
8. Dr Joseph Marie BIKOTI, Manager du Programme Médicaments Essentiels du Littoral
9. Dr Samuel FON, CDC Hospital
10. M. Anselm EWANG, Chef du Laboratoire, CDC Tiko
11. Dr ABA, Médecin CDC Tiko
12. Dr Andrew TASSANG, Director, Atlantic Medical Foundation Hospital
13. M. Anthony AKO, Laboratory technician, Atlantic Medical Foundation Hospital
14. Mme Aliah TIDORA, Chief, Limbe District Hospital
15. Mme Anastasia EMANGA, Laboratory Technician, Provincial hospital, Limbe
16. Dr NGUELE Pulchérie, Médecin-Chef, CMA Congo II, Douala
17. Mme Rose MENGUE, Présidente, MERO
18. Dr Emmanuel GNAORE, Représentant Résident, ONUSIDA
19. M. BETIMA Joseph, Chargé de Programmes, PNUD
20. M. Raphaël MEDANG, Chargé de Programme Assistant, CHP
21. Mme Rose MIMBIANG, Consultante CHP
22. M. Jean-Jacques AKAMBA, Consultant en Counseling, CHP
23. Dr Alexis BOUPDA, Directeur Exécutif, CHP
24. Pr KAPTUE, Polyclinique Médicale, BASTOS
25. M. NAGASSOU, Chef de Laboratoire, CHU Yaoundé
26. Dr MBUAGBAW Josiane, Assistante, Médecine Interne, CHU Yaoundé
27. Pr Blackett NGU, Cardiologie, CHU Yaoundé
28. M. Norbert FONGANG, Surveillant Général, Centre Médical Spécialisé Elig Essono
29. Dr BOURGEOIS, Hôpital Militaire, Yaoundé

30. Dr Michèle TARDY, Directeur, Hôpital du Jour, Yaoundé
31. Dr Monny LOBE, Directeur du Centre Mère-Enfant, Yaoundé
32. Mme Yvette AMOUGOU, Conférence Episcopale Nationale
33. Mme Annette EPANYA, Conférence Episcopale Nationale
34. M. Emmanuel ASSONGWE, Responsable du Renforcement des Capacités, CAMNAFAW
35. Emmanuel NGAPPI, Coordonnateur par intérim, CAMNAFAW
36. Mme Damaris MOUNLOM, Coordinatrice, FESADE
37. Mme Delphine NGUE BISSEK, Chargée de l'Information et de la Documentation, FESADE
38. M. Jean-Paul TCHUPO, Directeur, IRESCO
39. M. Samuel WAFO, Chargé d'IEC, IRESCO
40. M. Simon-Pierre TEGANG, Chargé de Recherche, IRESCO
41. Dr Léopold ZEKENG, Directeur, CAMDIAGNOSTX
42. Pr Eric BAABO, Tradi-praticien, Yaoundé
43. Dr Isaac Babila MACAULEY, Intervention Officer Epidemiology, GTC
44. Dr Charles EYONG, Chef Section Opérationnelle, GTC
45. Dr Adélaïde KOUINCHE, Directeur GT Laboratoire
46. Dr Oussoumanou TAOUSSE, Directeur, CENAME
47. Dr Charles KOUNFACK, Médecin, Hôpital du jour
48. Dr Gislaine AFFANA, Directeur Programme SIDA/IST/TB, MSP
49. Dr NTONE NTONE Fritz, Directeur, Hôpital de District, Laquintinie
50. Dr Margaret SANGA, Présidente de la SWAA Douala
51. Mme Pauline MOUNTON, Présidente, AFASO
52. Dr Anjorin EKEMA, Chairman AIDS Control Program, CDC
53. Mme BATOUM Joséphine, Trésorière AFSU Douala
54. Mme BOMBA Christine, Infirmière major du Centre Médical d'Arrondissement de MVOG ADA
55. Mme Marie Joseph ATANGANA, Coordonnatrice AFSU Cameroun
56. Dr Peter FONKWO, Conseiller Résident, SFPS

Côte d'Ivoire

1. Dr Mamadou Diallo, Conseiller de programme Pays, Onusida
2. Mme Hélène Badini, Point focal : Soins, conseils et soutien, Equipe Inter-Pays, Onusida
3. Dr Mamadou Lamine Sakho, Conseiller Technique Régional, Equipe Inter-Pays, Onusida
4. Dr Toussaint Sibailly, Point focal TME
5. Dr Kouadio M. Yéboué, Projet SIDA II
6. Dr Petit-Jean Zerbo, Coordinateur, Projet SIDA II
7. Mme Cathy Sarr, Chargée de programme VIH/SIDA, PNUD
8. M. Filbert Guéhi, Président, Lumière Action
9. M^oBoa Liliane, Secrétaire Général, Lumière Action
10. Dr Moustapha Kamaté, Directeur CAT Adjamé
11. Dr Justin Essan, Directeur DAV Adjamé
12. Mme SIDJE Léontine, Présidente, Club des Amis

13. M. Foua-Bi Koé, 1^{er} Vice-Président, Club des Amis
14. M. Ferdinand Bléka, Président, Femme Face au Sida
15. Ms Karen Ryder, Mobilisation Communautaire, LIFE/RETRO-CI
16. Dr Virginie Traoré, Chef section IST, RETRO-CI
17. Dr René Epkini, Directeur Adjoint, RETRO-CI
18. Dr Boni, Chef Section ME, RETRO-CI
19. Dr Ackah Alain, Chef section Tuberculose, RETRO-CI
20. Dr Kassim Sidibé, Directeur Exécutif, PNLS/MST/TUB
21. Mme Kaba Fanta, Section Prise en charge, PNLS/MST/TUB
22. Dr Issa Malick Coulibaly, Inspecteur Général de la Santé, MSP
23. M. Diomandé Ouohi, Secrétaire Exécutif, RSB
24. Dr Ouattara Issouf, Coordinnateur Projet « Sécours » RSB
25. M. Sidibé Brahim, Président Lumière Action Bouaké
26. M. Gaoussou Coulibaly, Coordinnateur de Projets, Lumière Action Bouaké
27. Dr Amonou, Médecin-Chef Hôpital du jour, Bouaké
28. Dr Ablé, Directeur Départemental de santé, Bouaké
29. M. Sombo Gnando, Chef section IST, District de Santé Bouaké
30. Dr Yao Kouassi Etienne, CAT Bouaké
31. Mme Touré Penda, Directrice, Centre SAS Bouaké
32. M. Irié Bony Siméon, Conseiller CIDV, Bouaké
33. Mme Koré Lucie, Conseillère CIDV, Bouaké
34. M. N'Guessan Kouassi, Technicien Centre Régional de Transfusion sanguine, Bouaké
35. M. Jean Louis TANO, Responsable de projets, Ruban Rouge
36. Dr Patrice PLANCHE, Assistant technique, Projet Santé Ivoir-Belge
37. Dr BAMBA, Pharmacien, Président du Comité départemental de lutte contre le SIDA à Dabou
38. Dr ABEU Akiapo, Directeur Hôpital Protestant de Dabou (HPD)
39. M. DEGNI Alfred, Directeur administratif et Financier de HPD
40. Dr KAMARA Bémadjan, Directeur Régional de la Santé du Moyen Comoé
41. Mme KOUASSI, Responsable de la santé de la reproduction à la Direction régionale de la Santé du Moyen Comoé
42. Dr TOURE Karamoko, Médecin chef du CAT d'Abengourou, Président du Comité régional de lutte contre le SIDA
43. M. DIAYE Ambroise, Directeur du CIDV de Korhogo
44. Dr MGBO Adiko, Médecin chef du CAT de Korhogo, Responsable de l'Hôpital du Jour de Korhogo
45. Dr DOGBO, Directeur du Centre Régional de Transfusion Sanguine de Korhogo
46. Dr ASSOA Ayet Gervais, Médecin chef du Dispensaire urbain de Korhogo
47. M. N'DA, Technicien de laboratoire, CHR de Korhogo
48. Dr GUEDE Abel, Directeur départemental de la Santé de Korhogo
49. Dr SEKA, Médecin chef du Service de Médecine, CHR de Korhogo
50. Mme OUATTARA, Sage femme, Responsable de la consultation, PMI de Korhogo

Togo

1. M. Paul SOSSA, Conseiller Résident, SFPS Togo
2. Dr Eloi AMEGANG, Consultant SFPS Togo
3. Dr Tignokpa NAPO, Coordinateur Programme Lèpre/Tuberculose
4. Mme Iradatou Elise PARAISSO-LANGUEH, Programme Lèpre/Tuberculose
5. Dr LAWSON, Responsable de la Surveillance épidémiologique, PNLS
6. Pr REDAH, Chef de Service Gastro-Entérologie, CHU Campus
7. Pr SEGBENA Akuété, Chef Service Hématologie, CHU Campus
8. Dr Amegbo KONUTSE, Assistant, Service Gastro-Entérologie, CHU Campus
9. M. Dometo K. SODJI, Directeur Exécutif, ONG FAMME
10. M. Sefiamenou KAFUI, Responsable Centre Jeune, Lomé
11. Mme Marcelle DJADOU, Responsable de la Clinique du Centre Jeune, Lomé
12. M. Auguste KPOGNON, Représentant résident, PSI
13. Dr LASSISSI, Chef Service de Chirurgie, CHR Tsévié
14. Dr FIAGBE, Chef Service de Médecine, CHR Tsévié
15. Dr Kwamy Maoussi TOGBEY, Administrateur de Programme, UNICEF
16. Dr Moustapha SIDATT, Représentant OMS
17. Dr Cornelius OEPEN, Chef de mission, GTZ
18. M. Richard MOUTHUY, Attaché de Coopération, Santé-Social-Institutionnel, Coopération Française
19. Dr Calixta AQUEREBURU, Responsable du Centre de Conseil et de Dépistage (CCD) de Lomé
20. M. Eugène Kwami NOVON, Président, Aides Médicales et Charité
21. M. Arsène MENSAH, Secrétaire Général, Aides Médicales et Charité
22. M. Simplicite ANATO, Secrétaire Général, Arc-en-ciel
23. Kwami Eugène NOVON, Président, Aides Médicales et Charité
24. Dr Barthélémy LAWSON, Médecin, Service Médical FAMME
25. Mme Anne-Marie ATAYI, Infirmière, FAMME
26. Pr Mireille PRINCE-DAVID, Directrice, Laboratoire National de Référence, PNLS
27. M. OURO, Responsable Adjoint, Laboratoire National de Référence, PNLS
28. Mme Dédé SODOGA, Infirmière Auxiliaire, Dispensaire de Hahotoé
29. M. AYEDGO, Assistant Médical, Service Médical, Office Togolais des Phosphates
30. M. Evgueni TCHEREVIK, Représentant du FNUAP
31. M. Yaovi Kassigni FANIDJI, Assistant au Représentant, FNUAP
32. Dr Coco TOUDJI, Tradi-praticien
33. Dr Eyassama PAKAYI, Directeur, CAMEG
34. Mme Yamina CHAKKAR, Représentant Résident ONUSIDA
35. Mme Alice PAKO, Assistante Médicale, CMS, Adidogomé
36. Mme Salamatou AKOGO, Sage-femme, CMS Adidogomé
37. Dr Kossi ARMATOE, Médecine Interne, CHR Sokodé
38. M. Nanidou BAKO, Assistant Biologiste, Centre Régional de Transfusion sanguine CROIX-ROUGE, Sokodé
39. Mme Djarria KOURA, Projet de Lutte contre les Routiers, SOKODE
40. Mme Cecilia TAYON, Projet de Lutte contre les Routiers, SOKODE

41. Dr Ibrahim AGODOMOU, Clinique Privée ESSOFA
42. Mme Sayo NDADIYA, Assistante Médicale, Hôpital de Sotouboua
43. M. Kwami BIDJAKARE, Coordinateur Epidémiologiste, Hôpital de Sotouboua
44. M. Nabédé KPATCHA, Infirmier, Dispensaire de Tchébébé
45. M. Yoruba SEMENOU, Directeur CHR Atakpamé
46. Dr Agbokou AGBEKOU, Médecine Interne, CHR Atakpamé
47. M. Kodzo ASSOU, Assistant Médical, CHR Atakpamé
48. M. Romuald EKLOU, Laboratoire, CHR Atakpamé
49. M. AMOUZOU, Chargé de Programme, ONG ODJOUGBO
50. Mme Sikiratou ABALO, Comptable, ONG ODJOUGBO
51. M. Ilallou LAWANI, Coordinateur, CREJE
52. M. Emmanuel ZOGBEKOR, Assistant Médical, Hôpital d'Amlamé
53. M. Adokpoé KODJOVI, Infirmier, CMS d'Amou-Oblo